

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER
ANNÉE 1934 — N° 30

La lutte anti-syphilitique

à la

Maternité d'Alger

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement le 5 Juillet 1934

par

CHOUSSAT HENRI

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX D'ALGER
NÉ LE 24 MARS 1906 A MONTPELLIER (Hérault)

JURY

MM. LAFFONT, <i>Professeur de Clinique Obstétricale et puériculture du premier âge</i>	Président
AUBRY, <i>Professeur de Clinique médicale</i>	Juges
HOUEL, <i>Agrégé (Obstétrique)</i>	
FERRARI, <i>Agrégé (Chirurgie)</i>	

La lutte anti-syphilitique

à la

Maternité d'Alger

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le 5 Juillet 1934

par

CHOUSSAT HENRI

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX D'ALGER

NÉ LE 24 MARS 1906 A MONTPELLIER (Hérault)

JURY

MM. LAFFONT, <i>Professeur de Clinique Obstétricale et puériculture du premier âge</i>	Président
AUBRY, <i>Professeur de Clinique médicale</i>	Juges
HOUEL, <i>Agrégé (Obstétrique)</i>	
FERRARI, <i>Agrégé (Chirurgie)</i>	

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

DOYEN.	MM. LEBLANC (☞. ☞. I. ☞)
DOYEN HONORAIRE.	HERAIL (☞. I. ☞)
ASSESEUR.	GILLOT (I. ☞)

PROFESSEURS

Clinique ophtalmologique.	N...
Clinique médicale et hygiène infantile.	GILLOT (I. ☞)
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées.	RAYNAUD (☞. ☞. I. ☞)
Clinique chirurgicale.	COSTANTINI (☞)
Clinique obstétricale et puériculture du pre- mier âge.	LAFFONT (☞. ☞. I. ☞)
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.	LOMBARD (☞. ☞. I. ☞)
Clinique médicale.	AUBRY (☞. ☞. I. ☞)
Histologie et Embryologie.	WEBER (☞. ☞. I. ☞)
Anatomie pathologique.	POUJOL (I. ☞)
Chimie biologique et médicale.	MAILLARD (☞. I. ☞)
Hygiène, hydrologie et climatologie.	N...
Physiologie.	TOURNADE (O. ☞. ☞. I. ☞)
Pharmacie.	MUSSO (I. ☞)
Médecine légale.	GIRAUD (O. ☞. ☞. I. ☞)
Anatomie.	LEBLANC (☞. ☞. I. ☞)
Microbiologie et cryptogamie.	PINOY (☞. I. ☞)
Physique médicale.	PORTES (☞. ☞. I. ☞)
Anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire.	CABANES (☞. ☞. I. ☞)
Parasitologie et zoologie médicale.	SENEVET (☞. I. ☞)
Chimie générale, pharmaceutique et toxicologie	WUNSCHENDORFF (I. ☞)
Botanique et matière médicale.	FOURMENT (A. ☞. O. O. ☞)
Pathologie générale et clinique psychiatrique. ...	POROT (I. ☞)
Thérapeutique.	LEBON (☞. ☞. A. ☞)

PROFESSEUR SANS CHAIRE

COURRIER (☞. ☞) Agrégé.	Histologie.
------------------------------	-------------

PROFESSEURS HONORAIRES

ARGAUD (☞. I. ☞)	HERAIL (☞. I. ☞)
------------------	------------------

CHARGÉS DE COURS

Enseignement théorique des élèves sages-fem- mes.	MM. FUSTER (☞. ☞. I. ☞)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	ABOULKER (☞. ☞)

AGRÉGÉS

Chirurgie.	DUBOUCHER (I. ☞)
Médecine.	FERRARI (I. ☞)
Physiologie.	MOGGI (☞. I. ☞)
Anatomie.	BENHAMOU ☞. ☞
Chimie médicale.	LACROIX
Obstétrique.	N...
Histoire naturelle pharmaceutique.	RIBET (☞. A. ☞)
Anatomie pathologique.	N...
	HOUEL (☞. ☞. A. ☞)
	N...
	MONTPELLIER (I. ☞)

AGRÉGÉ LIBRE

Physiologie.	BATTEZ.
-------------------	---------

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.



Je dédie cette thèse

A LA MEMOIRE DE MES GRAND-PARENTS

A MON PERE

LE DOCTEUR G. CHOUSSAT

ET A MA MERE

A qui je dois tout.

*Bien faible témoignage de ma
tendresse filiale et de ma reconnaissance infinie.*

A MA FEMME

LE DOCTEUR J. CHOUSSAT-CLAUSSE

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE DOCTEUR C. VERGOZ

Chirurgien des Hôpitaux

*Qui ne cesse depuis quinze ans
de me prouver son énergique
amitié.*

*En gage de respectueuse grati-
tude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR OULIE

Chirurgien-Chef de l'Hôpital de Constantine

*Dont je n'oublierai jamais ni l'en-
seignement ni la bienveillante sol-
licitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUBOUCHER

Professeur agrégé à la Faculté

Chirurgien des Hôpitaux

*Qui a bien voulu m'honorer de
ses précieux conseils et se dévouer
si souvent pour nous.*

*Qu'il soit assuré de notre atta-
chement respectueux et reconnais-
sant.*

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. LAFFONT

Chevalier de la Légion d'Honneur

Professeur de Clinique Obstétricale et de Puériculture

A MES MAITRES ET JUGES

MONSIEUR LE DOCTEUR AUBRY

Professeur de Clinique Médicale

MONSIEUR LE DOCTEUR HOUEL

Professeur agrégé de Clinique Obstétricale

MONSIEUR LE DOCTEUR FERRARI

Professeur agrégé de Chirurgie

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR H. COSTANTINI

Professeur de Clinique Chirurgicale

Au Maître respecté qui m'enseigna,

Au Chirurgien qui, par deux fois, m'a guéri.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression défective de mon immense gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. RAYNAUD

Qui nous a toujours si bienveillamment accueilli.

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. ABOULKER

MONSIEUR LE PROFESSEUR ARDIN-DELTEIL

In Memoriam.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUBRY

MONSIEUR LE PROFESSEUR CANGE

In Memoriam.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILLOT,

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE

A MES MAITRES D'INTERNAT
MM. LES DOCTEURS LACROIX, LAGROT, VERGOZ

A MES AMIS :
LES DOCTEURS
L. COISSIEUX, M. LEFRANC, R. MECHIN
M^e M. RIMBAUD, M^e L. RONGIER

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

« La syphilis constitue le tiers
de la pathologie humaine. »

GAUCHER.

INTRODUCTION

Considérations générales sur la lutte anti-syphilitique

LE PERIL SYPHILITIQUE

150.000 morts par an, tel est le triste bilan de la syphilis en France, bilan qui place cette maladie au premier rang des causes de mortalité, à côté du cancer et de la tuberculose. De ces trois maux, le plus néfaste, à l'analyse des faits, paraît bien être la syphilis. Le péril syphilitique, en effet, est un triple péril : il menace tout à la fois l'individu, la société et l'espèce elle-même.

L'INDIVIDU est frappé par la syphilis dans ses parenchymes nobles, dans ses organes vitaux (en particulier son appareil vasculaire et son système nerveux, terres d'élection, comme on sait du tréponème).

La SOCIÉTÉ, par la syphilis, se voit privée des éléments les plus nécessaires à son évolution, privée d'un grand nombre de naissances parce que les femmes syphilitiques avortent, privée de milliers d'enfants parce que les enfants syphilitiques, le

plus souvent meurent dans les premiers mois de la vie, privée enfin de nombreux sujets adultes, parce que beaucoup d'entre eux sont des « diminués » ou des malades condamnés à une vie végétative où ils cessent d'être utiles.

En celà, du point de vue égoïsment social, si on nous permet la juxtaposition paradoxale de ces deux termes, la syphilis est en quelque sorte plus dangereuse que le cancer. Le cancer, en effet, plus rare que la syphilis, paraissant non contagieux, ne choisit, en général, ses victimes qu'à la fin de la vie, ou tout au moins à une période où déjà décline d'elle-même l'activité efficace de l'homme. La syphilis, au contraire, nous l'avons vu, atteint la société dans ses forces vives, elle la frappe aux sources mêmes de la vie.

Aux sources mêmes de la vie, disons-nous ; ici commence le péril syphilitique pour l'ESPÈCE. Les syphilitiques sont marqués d'une empreinte indélébile ; le mal les imprègne si fortement qu'il est transmis à leur descendance à une et parfois deux générations, davantage même, affirme-t-on.

Cette transmission héréditaire de la maladie constitue son caractère essentiel, spécifique, qui la différencie à la fois du cancer et de la tuberculose affections considérées tous deux comme non héréditaires. C'est dans ce fait que réside le véritable danger de la syphilis. Nous ne pouvons mieux illustrer cette affirmation que par une phrase du plus grand des syphiligraphes, FOURNIER, qui écrivait : « Ce qu'il y a de plus redoutable dans la syphilis, ce par quoi elle s'élève au rang d'un fléau pour

l'humanité, c'est à coup sûr et sans contestation possible, sa faculté de transmission héréditaire, c'est ce qu'on appelle son hérédité sous les diverses formes par lesquelles cette hérédité peut se transmettre. » Et c'est pourquoi la syphilis, maladie générale, maladie contagieuse, mais surtout et avant tout maladie héréditaire représente le type de la maladie sociale, la maladie sociale par excellence.

LA LUTTE ANTI-SYPHILITIQUE :

NECESSITE VITALE

Cette maladie sociale, les nécessités de l'heure présente nous font plus que jamais un devoir de la combattre par tous les moyens ; le vide énorme de la grande guerre n'est pas encore comblé, le faible taux de la natalité en France, l'accroissement numérique régulier des populations voisines de la nôtre nous commandent de préserver le meilleur du pays : son capital humain. Or, l'expérience montre qu'il est plus difficile d'augmenter le nombre des naissances que de diminuer la mortalité. A ce sujet d'ailleurs, DEBRÉ, JOANNON et M.-T. CRÉMIEU-ALCAN collaborant à la vaste enquête entreprise sous les auspices de la Société des Nations sur la mortalité en France et dans cinq pays d'Europe, écrivent : « La situation dans laquelle se trouve la France au cours des dernières années est bien moins rassurante sous le rapport de la mortalité que sous

celui de la natalité. Si l'on compare notre pays à d'autres grandes nations européennes, on peut dire que la fréquence des naissances y est relativement satisfaisante, tandis que celle des décès, surtout à certaines périodes de la vie parmi lesquelles il faut citer la première année, n'a pas du tout diminué comme elle aurait dû le faire. » Et la syphilis au tableau des causes de léthalité s'inscrit pour 150.000 morts !

La lutte anti-syphilitique n'est donc pas une question de mode, une œuvre quelconque d'amateurs philanthropes, mais bien une nécessité absolue, une nécessité vitale.

Cette lutte nécessaire est, heureusement, une lutte thérapeutiquement possible. On sait qu'à l'inverse de ce qui se passe pour le cancer ou pour la tuberculose, nous disposons contre la syphilis de remèdes spécifiques éprouvés. Aux deux vieilles drogues du mercure — (on l'employait, dit-on, dès la quatrième année de l'apparition de la syphilis en Europe) — et du potassium, sont venus s'ajouter deux autres médicaments énergiques : les arséno-benzènes avec Erlich et Hata et le bismuth avec Levaditi et Sazerac.

Il faudrait mieux encore, il faudrait pouvoir un jour nous passer de ces remèdes, pouvoir si souvent prévenir la syphilis, dépister, blanchir ou guérir les syphilitiques que la maladie finisse par disparaître de la nosologie, comme a disparu à peu près la variole, comme est en voie de disparaître la diphtérie.

Dans notre rapide travail, nous verrons qu'il est peut-être permis de l'espérer. Nous venons simplement montrer en effet, sous l'inspiration de notre Maître, Monsieur le Professeur LAFFONT, que la lutte anti-syphilitique dans les services de la Maternité d'Alger a donné des résultats probants, a été une lutte vraiment efficace.

Certes, le fait en lui-même n'a rien d'original, on sait bien déjà que l'on peut enrayer le péril syphilitique, nous en trouvons la preuve dans une diminution marquée de la gravité ou de la fréquence de la syphilis héréditaire, reflet assez fidèle de la syphilis acquise. C'est ainsi que PEHU écrit dans « La Clinique » de novembre 1930 : « Le tableau clinique de la syphilis congénitale a subi au cours des 50 dernières années des modifications profondes. Il est exceptionnel aujourd'hui d'observer des syphilis étendues se manifestant par des signes évidents dès les premiers jours ou les premières semaines de la vie. »

MARFAN écrit, d'autre part, dans ses « Cliniques des maladies de la première enfance » : « Il semble depuis quelques années que la fréquence de la syphilis congénitale diminue. »

On retrouve le même phénomène à l'étranger ; à Copenhague, par exemple, la mortalité parmi les enfants de 0 à 1 an, due à la syphilis congénitale, est passée du chiffre de 11 pour 1.000 en 1920 à celui de 1,8 pour 1.000 en 1925.

LA LUTTE ANTI-SYPHILITIQUE EN ALGERIE : SES DIFFICULTES. SA REORGANISATION

Il nous a semblé cependant qu'en Algérie des conditions spéciales intervenaient, toutes différentes de celles des pays européens et de la Métropole, conditions représentées par des difficultés qui doivent légitimement donner plus d'éclat à nos succès, si minimes soient-ils, dans la lutte anti-syphilitique. Il y a d'abord *l'élément nombre*. Dans une thèse récente (1928), un de nos confrères parisiens, SECRET, écrivait : « En Indochine, en Algérie, on compte 90 à 95 % de vérolés. Il suffit qu'un commerçant, un soldat apporte le virus dans un village pour qu'en peu de temps tous soient contaminés. » Certes, ces lignes nous paraissent comporter quelque exagération, surtout quant à la notion de certains Métropolitains sur la promiscuité en Algérie !

Il n'en reste pas moins vrai qu'en Algérie la prépondérance numérique de l'élément indigène a pour corollaire une proportion de syphilis notablement plus élevée que dans la Métropole. Il y a plus : ce n'est pas seulement une question de quantité : en pays arabe, les syphilitiques ne sont pas seulement nombreux, ils sont aussi, si je puis dire, des syphilitiques de *qualité*. Notre confrère, le Docteur MONTALDO, dans une thèse extrêmement documentée, a très bien montré quels étaient les trois éléments de cette qualité : ancienneté de la maladie d'une part, absence quasi complète de traitement

d'autre part et enfin conditions sociales, préjugés séculaires particuliers aux Musulmans — (c'est ainsi qu'ils considèrent communément la syphilis comme une maladie nécessaire, fatale, à laquelle il est inutile de chercher à se dérober : ceux qui y échappent ici bas, la contractent forcément dans l'au-delà). La quantité et la qualité des syphilitiques algériens méritaient donc que l'on organise de façon systématique la lutte anti-syphilitique. On n'a pas failli à cette tâche. Le rapport tout récent de MM. LACROIX et COLONIEU le démontre péremptoirement. Qu'on nous permette ici d'ouvrir une parenthèse, pour rappeler qu'on ne saurait entreprendre le plus modeste essai sur la lutte anti-vénérienne en Algérie sans se souvenir de tout ce que l'on doit dans ce domaine d'une part aux deux premiers pionniers : LUCIEN RAYNAUD et M. le Docteur MURAT, d'autre part à ses deux organisateurs, M. l'Inspecteur général LASNET, directeur de la Santé publique, et M. le Professeur MAURICE RAYNAUD, Professeur de Clinique des maladies syphilitiques et cutanées et des maladies des pays chauds. Esprit méthodique consacrant son activité inlassable à des réalisations pratiques et immédiates, M. l'Inspecteur général LASNET a réuni des Commissions consultatives pour lutter contre les maladies sociales.

M. le Professeur MAURICE RYANAUD, conseiller sanitaire technique de la Commission des maladies vénériennes, a établi, en collaboration avec les membres de cette Commission, les rapports fixant des bases solides à toute l'organisation de la lutte anti-syphilitique en Algérie.

Où en est cette lutte ?

En 1928, sur tout le territoire de l'Algérie, il existait seulement 7 organisations traitant la syphilis.

En 1933, on compte 178 centres de traitement. En ville on a multiplié les dispensaires anti-syphilitiques, à l'Hôpital de Mustapha fonctionnent plusieurs services de consultations et de soins anti-vénériens.

ROLE CAPITAL DES MATERNITES DANS LA LUTTE ANTI-SYPHILITIQUE

Il nous semble cependant que la lutte anti-syphilitique, comprise surtout comme œuvre prophylactique et comme service de dépistage, doive établir sa citadelle à la Maternité.

D'autres auteurs, et non des moindres, partagent cette manière de voir. Dans son rapport sur la lutte anti-vénérienne, FAIVRE, en 1921, place les Maternités au premier rang des facteurs de défense sociale en affirmant que l'accoucheur est le mieux placé pour dépister la syphilis.

La Conférence de la Syphilis héréditaire organisée à Paris en octobre 1925 par la Ligue Nationale Française contre le péril vénérien, a inscrit au nombre de ses vœux l'organisation méthodique des maternités et des organisations de puériculture en vue de la lutte contre la syphilis héréditaire.

Tout récemment enfin, RUDAUX et MONTLAUR

dans leur ouvrage sur le dépistage de la syphilis, affirmaient que « l'un des éléments les plus actifs de la défense sociale contre la syphilis était le dispensaire de Maternité ».

Et comment, d'ailleurs, n'en serait-il pas ainsi ?

« La grossesse, a dit PINARD, est le meilleur réactif de la syphilis. » Telle femme que l'on croyait saine fait des avortements à répétition et vient consulter à la Maternité. Telle autre vient y accoucher d'un fœtus mort et macéré. Une troisième arrive, qui voit ses enfants mourir dans les jours qui suivent la naissance. Une autre encore réclame des soins pour son enfant qui, sans raison apparente, présente un coryza, des vomissements incessants, une anémie marquée, un rachitisme précoce. L'histoire obstétricale de ces femmes avec leurs fausses couches, leurs prématurés, leur coefficient fœto-placentaire élevé, une albuminurie massive, nous révèle la cause efficiente de ces troubles : la syphilis, acquise quelquefois, héréditaire le plus souvent.

Ajoutons à celà que de plus en plus, pour des raisons diverses, s'élève le nombre des femmes qui viennent accoucher dans les Maternités.

A Paris, FAIVRE affirme que 77 % des mères accouchent à l'hôpital ou dans les annexes des Maternités.

A Alger, en 1920, 200 femmes à peine se trouvaient hospitalisées dans le service d'obstétrique. En 1933, près de 1.200 sont venues y accoucher.

L'organisation rationnelle de la lutte anti-syphilitique à la Maternité d'Alger, a permis de triom-

phère en grande partie des difficultés locales d'ordre social et ethnique dont nous parlions plus haut. La femme arabe elle-même, et de plus en plus, veut être soignée, tellement il est vrai, comme le dit CAZANOVE, que « l'instinct maternel est au-dessus de toutes les coutumes humaines ».

Aussi est-il permis de conclure avec lui que « c'est par l'action sur la femme indigène qui veut être mère que l'on peut agir avec le plus de certitude dans la lutte anti-vénérienne à entreprendre aux colonies, c'est le coin le plus solide à enfoncer dans la Bastille vénérienne coloniale ».

ORGANISATION

DE LA LUTTE ANTI-SYPHILITIQUE

A LA MATERNITÉ D'ALGER

En 1926, M. le Professeur LAFFONT, remaniant complètement les services de la Maternité d'Alger, s'attacha plus particulièrement à l'organisation des « Services extérieurs », des consultations.

Consultation de gynécologie.

Consultation prénatale.

Consultation de puériculture.

Les femmes syphilitiques, gravides ou non, sont examinées et traitées à la consultation prénatale.

A la consultation de puériculture, d'autre part on soigne les enfants nés dans le service. On continue à les surveiller médicalement jusqu'à 3 ans.

Chaque femme et chaque enfant ont une fiche particulière sur laquelle on inscrit tous les symptômes relevés à chaque examen et les traitements appliqués avec leurs résultats.

Sans vouloir étudier dans le détail les rouages

du fonctionnement de ces consultations, nous voudrions seulement attirer l'attention sur tout le bénéfice tiré de la réunion dans un même bâtiment, sous une même direction, avec un même laboratoire, de ces trois consultations, en plus du « service intérieur », des hospitalisées.

On sait, en effet, combien souvent la syphilis veut être cherchée, tellement sont nombreuses ses formes cliniques, tellement variées peuvent être les syphilis larvées, tellement est difficile à obtenir parfois de la mère ou de son conjoint l'aveu de la maladie secrète, de la maladie « honteuse ».

Or il arrive fréquemment, à la Maternité, qu'une même femme vienne recevoir des soins successivement aux trois consultations.

Parfois aussi, à l'occasion d'une grossesse par exemple, elle fait dans le service un séjour de plus ou moins longue durée. Il est incontestable qu'au crible méthodique des recoupements de ce quadruple organisme, le tréponème échappera bien plus difficilement que si des services distincts travaillaient isolément, s'évertuant à dépister chaque fois une maladie dont la principale caractéristique est la durée avec alternance de périodes évolutives et de périodes de repos.

Pour reprendre le mot de SECRET, il ne peut être question, en matière de syphilis, de dépistage à un moment donné et à cet instant seul. Le dépistage doit être sans cesse renouvelé à l'occasion des divers événements physiologiques et pathologiques de l'organisme suspecté. Ce qui est latent à une certaine période peut devenir évident dans les mois qui sui-

vront, en un mot le dépistage doit être « cinématique » ; c'est sous cette forme qu'on l'entend à la Maternité. Nous envisagerons son action et ses résultats successivement dans le « service intérieur » (hospitalisées) et dans le « service extérieur » (Consultations).

LA SYPHILIS DANS LE SERVICE INTERIEUR (HOSPITALISEES)

Etudiant le mouvement des femmes syphilitiques hospitalisées à la Maternité d'Alger durant une période de 19 années (1915 à 1933), nous avons dénombré d'une part toutes les grossesses (femmes syphilitiques et non syphilitiques) et, d'autre part, les accidents spécifiques qui sont venus interrompre certaines de ces grossesses.

Pour éviter, autant que possible, la plupart des causes d'erreur, nous avons éliminé systématiquement du nombre de ces accidents toute interruption de la grossesse avant le sixième mois (on sait, en effet, combien d'avortements soi-disant spontanés sont en réalité le fait de manœuvres criminelles inavouées, et il est bien certain par ailleurs que parmi les avortements spontanés eux-mêmes beaucoup ne sont pas le fait de la syphilis). Nous n'avons tenu compte par conséquent que de l'expulsion prématurée du produit de la conception, qu'il s'agisse de fœtus morts et macérés, de fœtus mort-nés, de prématurés nés vivants, mais morts dans les quelques heures ou jours qui ont suivi la naissance. Pour chacun de ces cas, nous avons évidemment pris garde qu'aucune autre cause que la syphilis soit

intervenue ; on sait d'ailleurs que la macération d'un fœtus, sauf exception, est admise par tous comme un signe de quasi certitude de syphilis. En ce qui concerne les prématurés sans macération, on sait également quelle est la fréquence de l'étiologie syphilitique (surtout si l'on n'envisage, comme il est entendu ici, que les prématurés qui ne survivent pas).

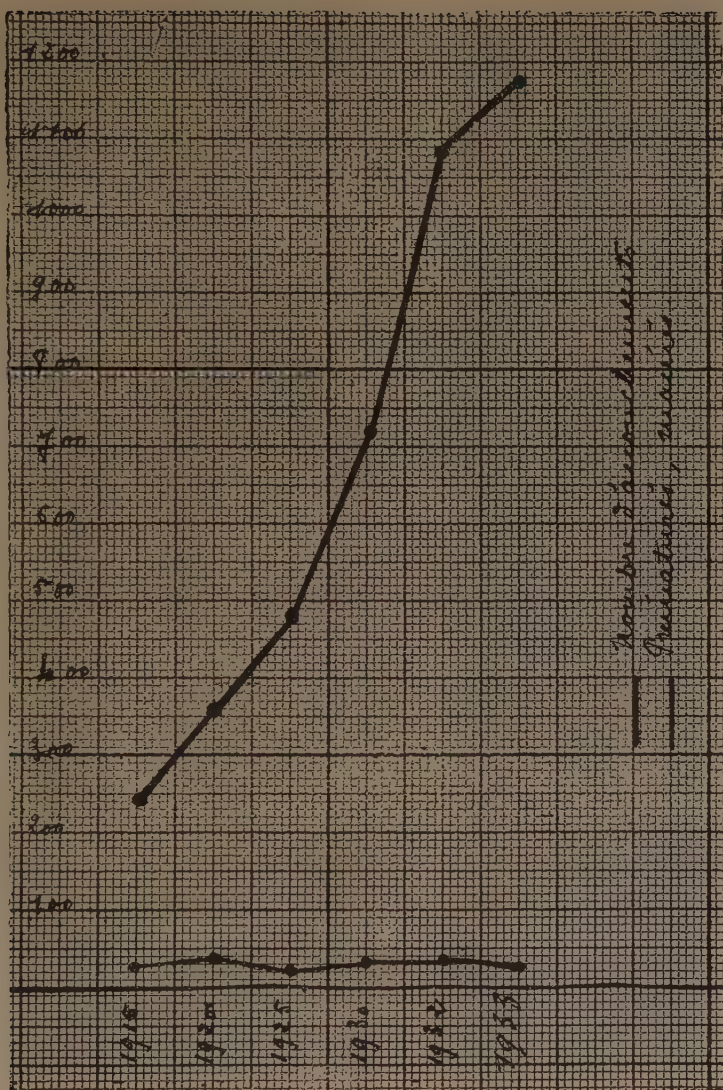
Sur 35 prématurés, DÉTRÉ (Thèse Paris, 1912) trouve 50 % de réactions de B.W. positives, et l'on connaît cependant l'inconstance des réactions sérologiques chez les hérédosyphilitiques. La proportion de 50 % est donc certainement au-dessous de la vérité. D'autres auteurs d'ailleurs estiment plus grande encore la part de la syphilis dans la prématuration (Oscart Hertz 67 %) et il ne s'agit là que des prématurés dans leur ensemble. Or, nous avons éliminé de nos tableaux, nous le répétons, tous les prématurés ayant survécu, même quelques semaines, car ce sont surtout les syphilitiques qui meurent immédiatement, ou presque, après leur naissance. « La syphilis explique la plupart des morts subites, imméritées, au cours des premiers jours, les morts d'enfants qui semblaient à peu près normaux et qui s'éteignent à peu près sans raison. » (VIGNES et BLECHMANN : « Les Prématurés », pages 40 et 67). On peut résumer dans le tableau suivant les résultats de nos recherches.

ANNÉES	NOMBRE DE GROSSESSES	MORTALITÉ PAR SYPHILIS du 6 ^e au 9 ^e mois de la grossesse)	PROPORTION
1915	243	29	11,92 %
1920	354	34	9,60 %
1925	484	26	5,37 %
1930	719	33	4,61 %
1932	1.073	34	3,26 %
1933	1.171	23	1,96 %

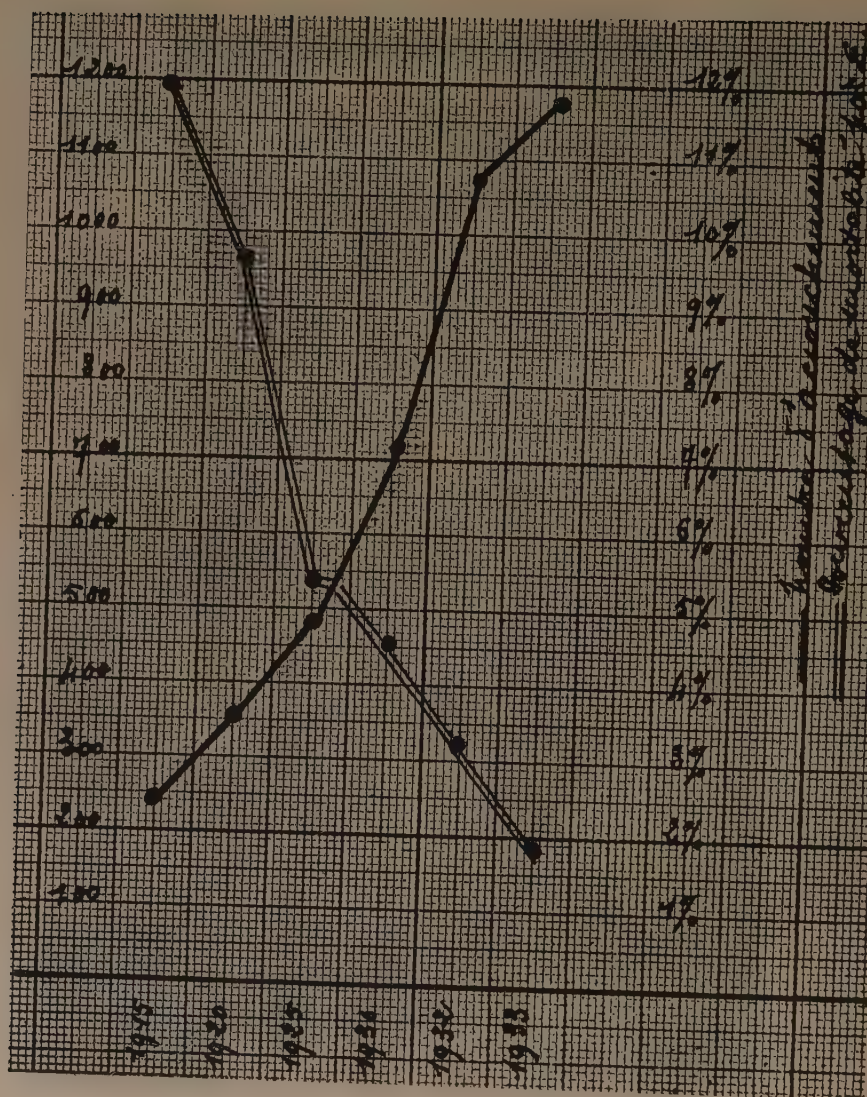
La lecture de ce tableau (pour rendre plus claire cette lecture, nous n'avons fait figurer que six années échelonnées de 1915 à 1933) montre que le nombre total des grossesses va augmentant sans cesse, tandis que la mortalité fœtale reste sensiblement la même, ce qui peut se représenter par le graphique suivant :

Il est plus suggestif peut-être d'inscrire graphiquement le pourcentage de ce déchet à côté du tracé correspondant au nombre total d'accouchements. On obtient ainsi deux courbes en ciseaux caractéristiques.

Ainsi donc le fait est là, patent, indiscutable : à la Maternité, *chaque année, les morts et macérés,*



GRAPHIQUE I



GRAPHIQUE II

les prématurés se font relativement de plus en plus rares. La syphilis, qui est à la base de ces accidents, se ferait-elle donc elle-même de plus en plus rare ?

LA SYPHILIS A LA CONSULTATION DES NOURRISSONS

La consultation de puériculture de la Maternité est réservée, nous le rappelons, aux enfants du premier âge (de la naissance à 3 ans) nés dans le service.

De la sorte, cette consultation ne fait pas double emploi avec la consultation générale de Médecine Infantile et elle permet d'autre part à l'accoucheur de mieux surveiller en même temps la mère pendant les mois ou les années qui suivent l'accouchement.

L'étude du mouvement de cette consultation peut se trouver résumée dans le tableau suivant :

On en peut tirer plusieurs enseignements. Considérons tout d'abord *l'évolution générale de la consultation* : soit par exemple le nombre des consultants respectivement en 1926, 1930 et 1933. Nous trouvons 232 consultants en 1926, 450 en 1930, 901 en 1933. Les chiffres ont donc sensiblement doublé en 1930 et quadruplé en 1933. Il ne faudrait pas croire cependant à une progression régulière. Dans l'intervalle, en effet, on rencontre d'importantes fluctuations ; en 1927, nous relevons 749 consultants, en 1928, 1.152 consultants, en 1929, 1.253, puis

TABEAU RÉCAPITULATIF DU MOUVEMENT DE LA CONSULTATION DES NOURRISSONS

ANNÉES	EUROPÉENS		INDIGÈNES		Total ε	POURCENTAGE global de ε
	Total	ε	TOTAL	(ε)		
1926	214	36	18	2	38	16,37 %
1927	661	145	88	48	193	25,76 %
1928	1.032	301	120	68	369	32,03 %
1929	1.167	329	86	42	371	29,60 %
1930	358	73	92	26	99	22 %
1931	838	188	112	58	246	25,89 %
1932	1.187	128	93	13	141	11,01 %
1933	766	152	135	46	198	21,97 %
	Européens ε : 21,7 %.		Indigènes ε : 40,72 %.			

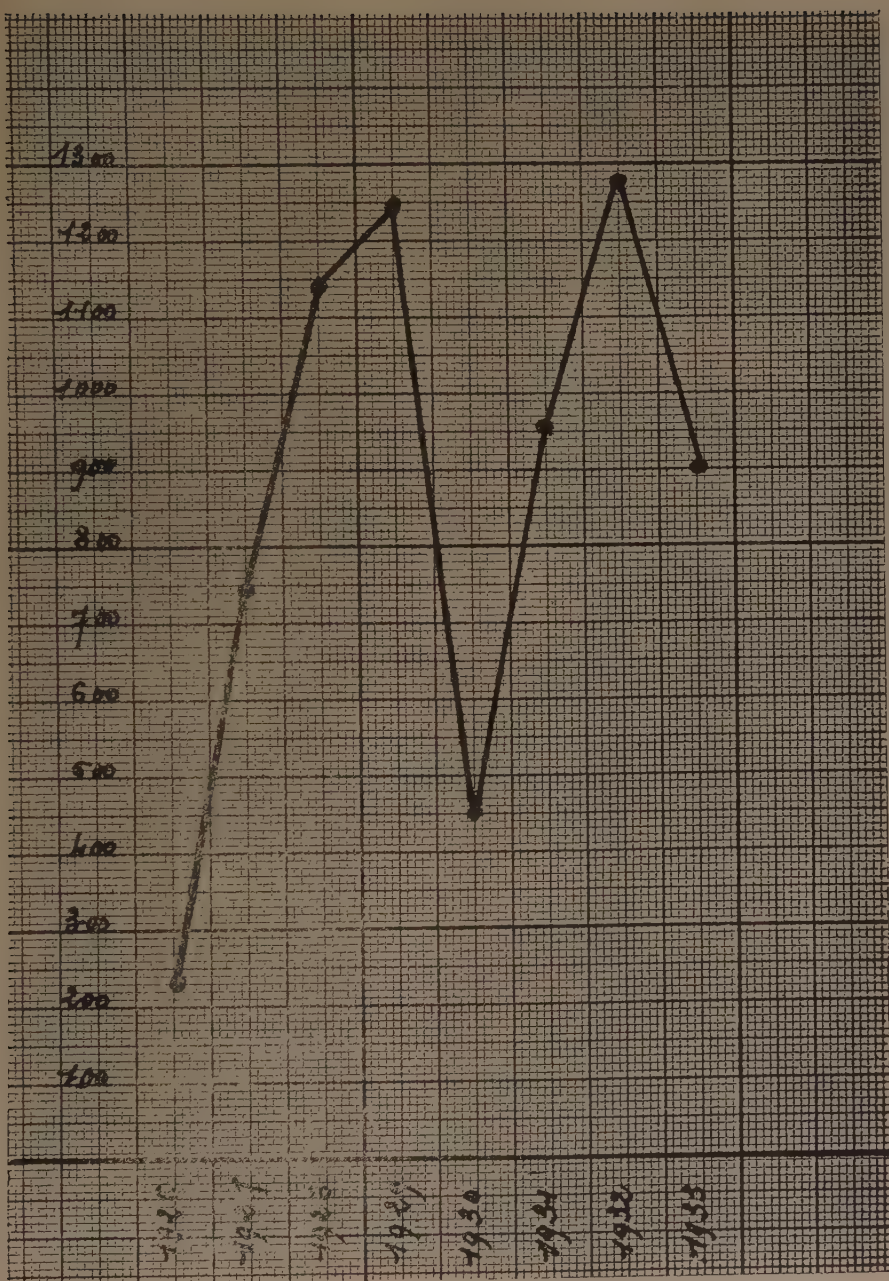
il se produit une chute en 1930 à 450 consultants seulement, chute suivie d'une nouvelle progression avec 950 consultants en 1931 et 1.280 en 1932, enfin nouvelle chute en 1933 avec 901 consultants. Ainsi donc, l'augmentation du nombre des consultants, loin de se faire selon une courbe régulièrement croissante, semble procéder par ondes successives, chacune d'elles atteignant un niveau un peu plus élevé que la précédente, tant dans les dépressions que dans les sommets.

La courbe N° III nous montre bien le phénomène.

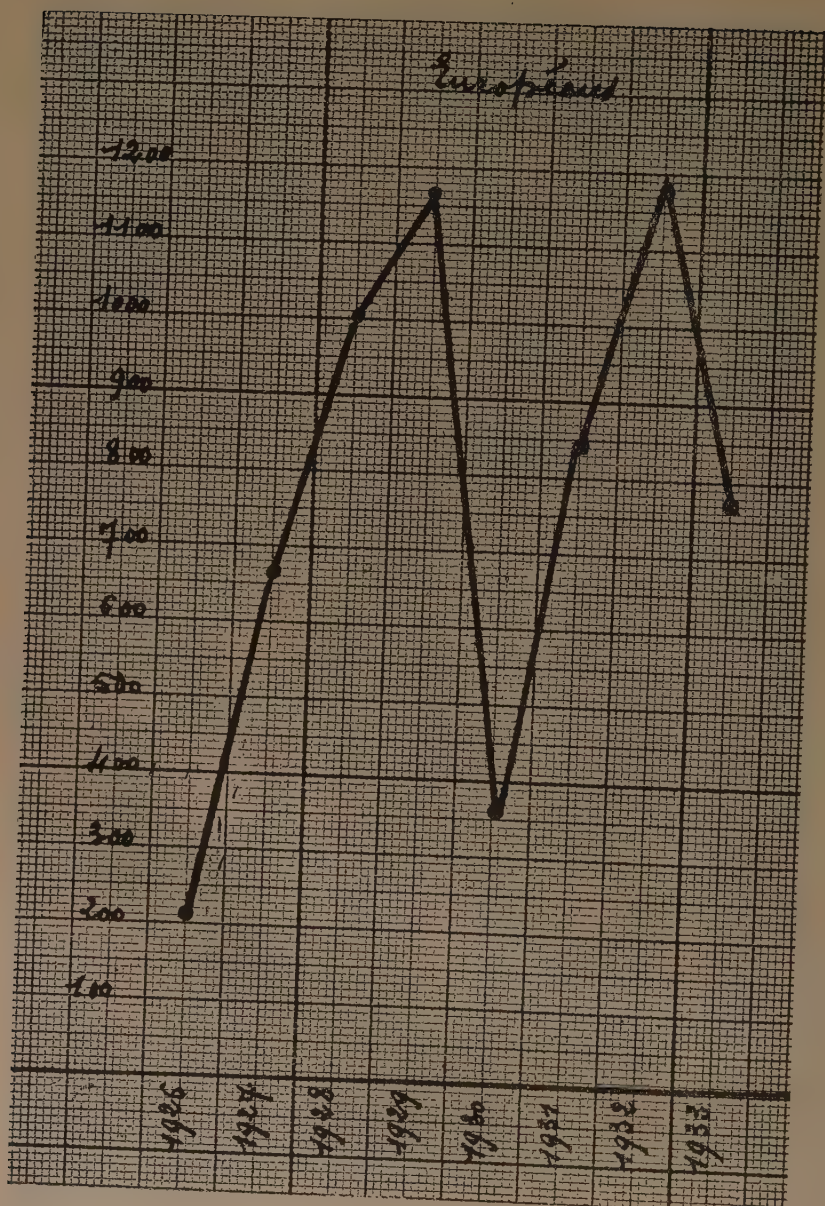
Si nous envisageons la question au *point de vue races*, tenant compte de la distinction entre Européens d'une part et Indigènes d'autre part, nous constatons dans les deux cas un fait analogue à celui rapporté ci-dessus : Une progression dans le nombre des consultations par ondes d'une hauteur croissante, comme le montrent les deux graphiques IV et V :

L'évolution de ces taux de syphilitiques parmi les nourrissons, de prime abord, paraît assez capricieuse : tantôt subissant des hausses, tantôt des baisses marquées. En réalité, si on établit graphiquement la courbe représentative des chiffres *annuels* des nourrissons syphilitiques, on se rend compte que cette courbe obéit à une orientation déterminée. Elle tend à s'abaisser par ondes progressivement décroissantes, comme le montrent les trois graphiques VI, VII et VIII.

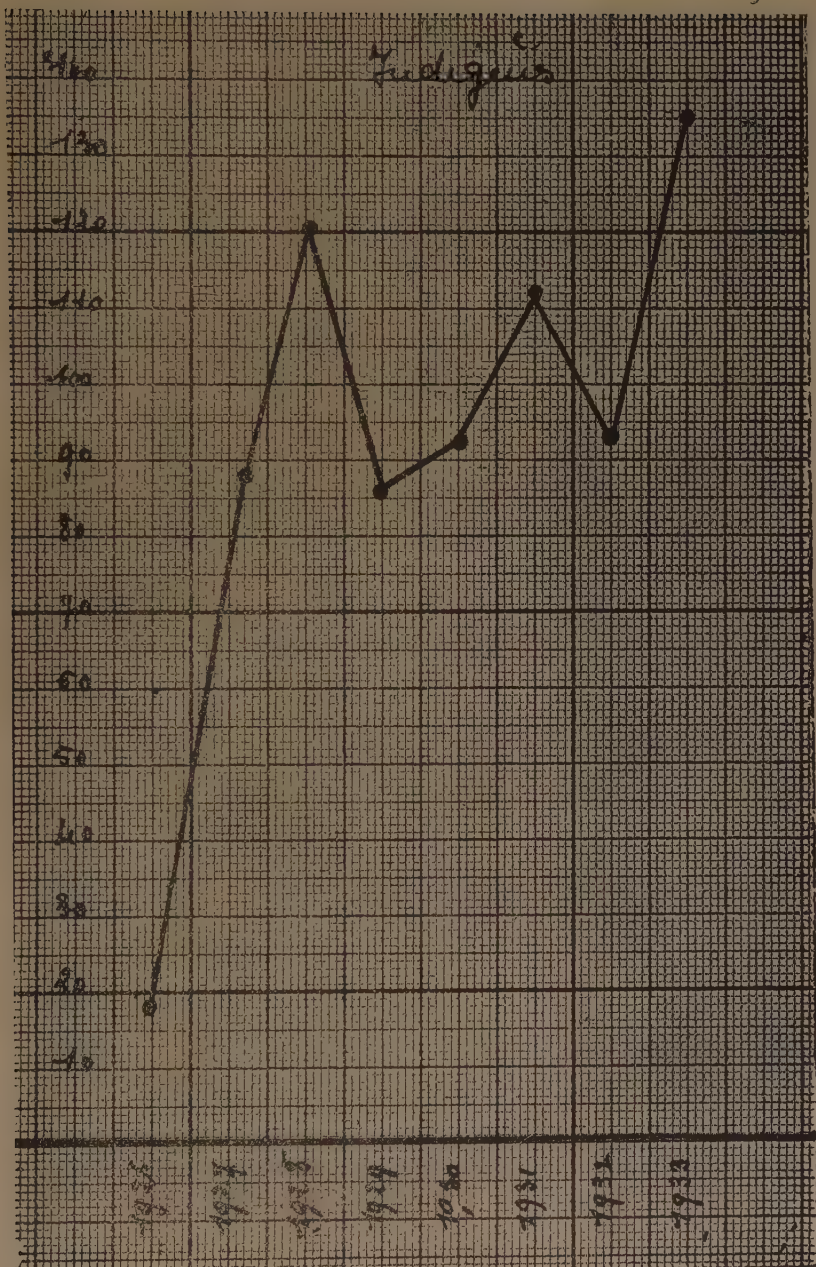
Une remarque intéressante découle de ces



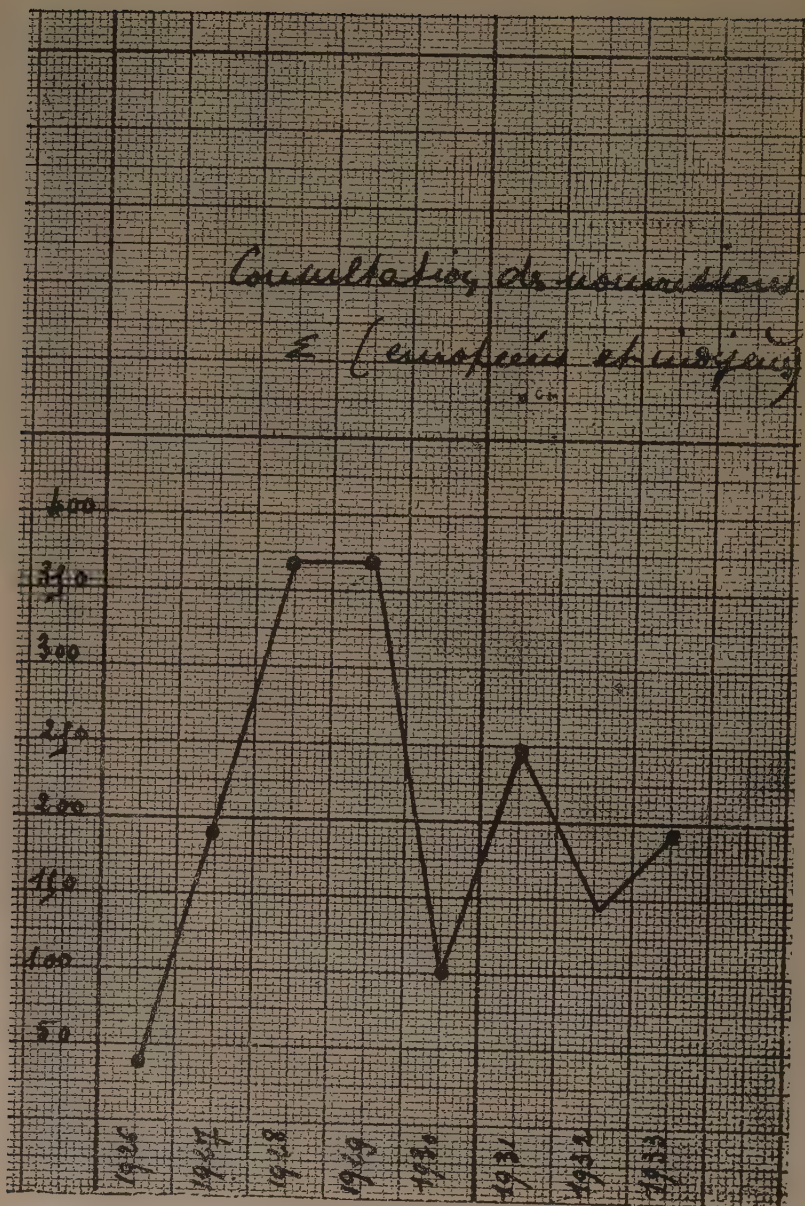
GRAPHIQUE III



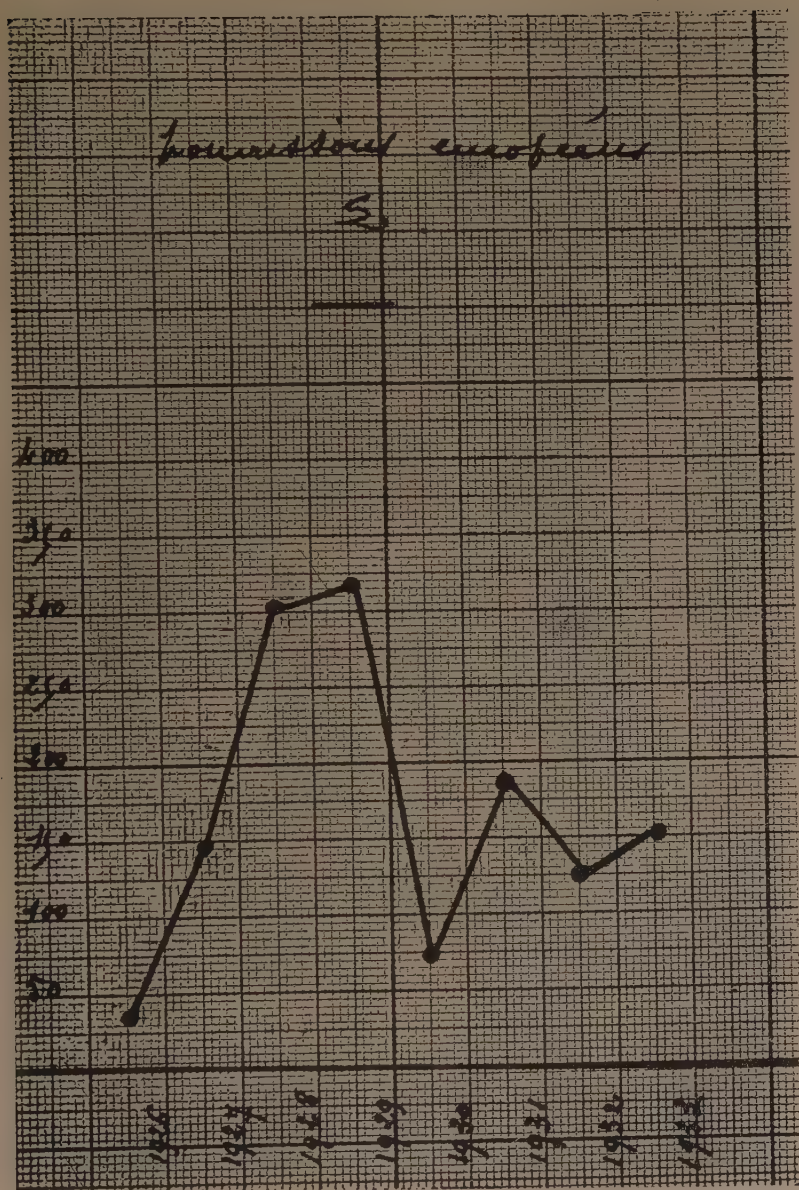
GRAPHIQUE IV



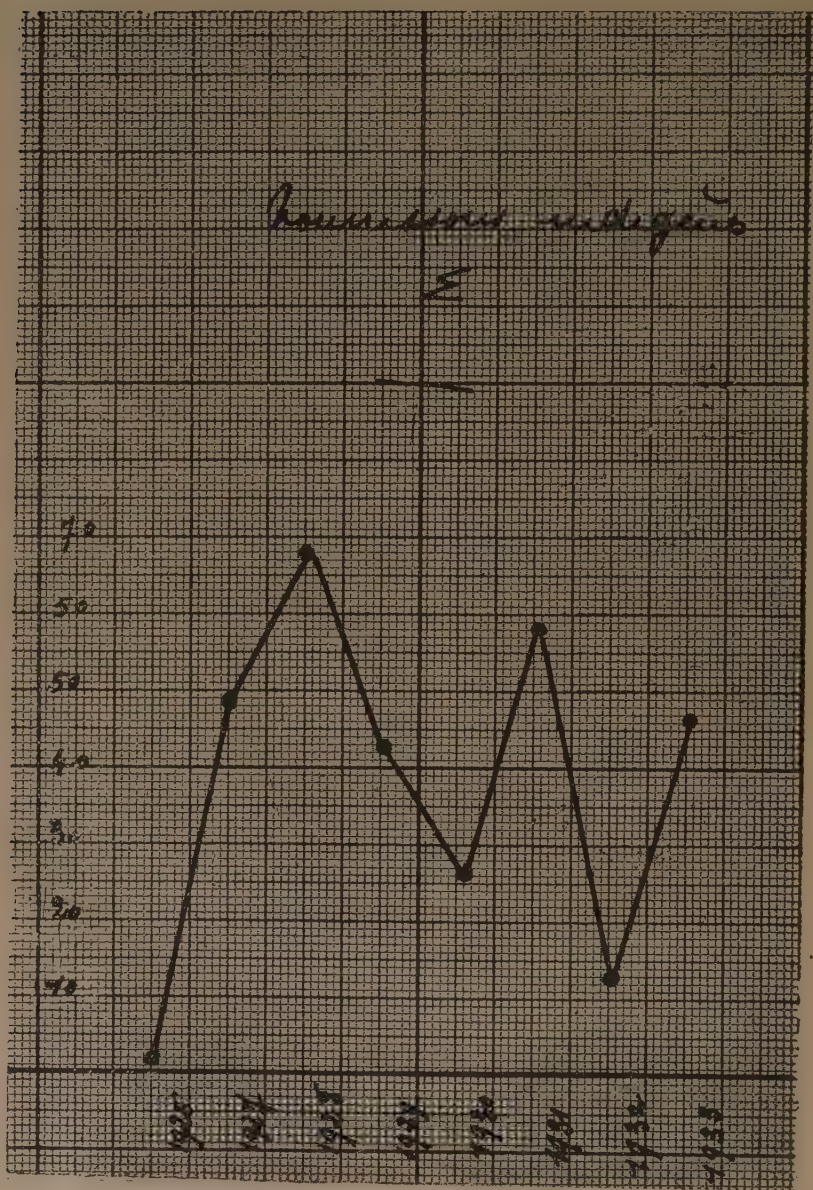
GRAPHIQUE V



GRAPHIQUE VI



GRAPHIQUE VII



GRAPHIQUE VIII

tableaux sur la *proportion relative des consultants européens et indigènes* : le nombre des enfants indigènes venus consulter en 1933 est sept fois et demi plus grand qu'en 1926 (135 contre 18). Chez les Européens, il est à peu près 3 fois plus grand (766 contre 214). L'année 1932, il est vrai, comportait 1.187 consultants européens, mais ce chiffre lui-même n'est que cinq fois et demi plus élevé qu'en 1926 (214). La conclusion s'impose : les indigènes de plus en plus nous font confiance et n'hésitent pas à laisser sortir leurs femmes pour qu'elles-mêmes ou leurs enfants reçoivent les soins nécessités par leur état.

Il reste enfin à considérer le *pourcentage de syphilis* chez les clients de la consultation. Nous trouvons successivement les taux suivants pour 100 consultants quelconques pris au hasard.

En 1926	16,37 %
En 1927	25,37 —
En 1928	32,03 —
En 1929	29,60 —
En 1930	22 00 —
En 1931	25,89 —
En 1932	11,01 —
En 1933	21,97 —

Intéressante aussi est la question du *taux moyen, de la fréquence de la syphilis selon la race considérée*. Chez les Européens, nous trouvons 21,07 % d'en-

fants syphilitiques, chez les indigènes nous avons 40,72 % de spécifiques. On peut pratiquement conclure que *chez l'enfant indigène de moins de 3 ans la syphilis est*, du moins dans les conditions de notre observation, *2 fois plus fréquente que chez l'Européen*. Ceci n'est pas fait pour nous surprendre puisqu'il est courant d'admettre qu'au moins 60 à 75 % des indigènes sont atteints de la vérole. D'aucuns même prétendent que tout indigène algérien est syphilitique (LEREDDE). Il y aurait lieu ici d'ouvrir une vaste parenthèse sur ce que l'on entend par syphilis infantile et de distinguer deux grands groupes de faits, selon qu'il s'agit de manifestations cliniques de syphilis héréditaire ou simplement de « terrain » hérédo-syphilitique. Nous ne pourrions ici entamer cette question sans nous écarter par trop de notre sujet qui ne vise qu'à résumer huit années de lutte anti-syphilitique à la Maternité d'Alger.

Du point de vue clinique, pendant huit ans à la consultation des nourrissons à la Maternité nous n'avons pas observé un seul cas de syphilis acquise du nourrisson. Par contre, les lésions ou les syndromes créés par la syphilis congénitale sont des plus divers, depuis les signes de certitude, avec présence de spirochètes, jusqu'aux syphilis latentes.

Nous avons pu recueillir de nombreux cas de syphilides anales, pemphigus, coryzas muco-sanguinolents, hydrocéphalie, malformations diverses : becs de lièvre, cranio-tabès, un cas de sarcocèle gauche très volumineux où le traitement spécifique fit

merveille (enfant âgé actuellement de 7 ans et dont l'état de santé est parfait) pseudo-paralyse de Parrot.

Nous n'insistons pas sur la fréquence bien connue de la splénomégalie, mais il convient de signaler que nous avons toujours ou presque noté la présence des ganglions sus-épitrochléens ; très grande aussi est la proportion des vomissements habituels de jour.

Pour le traitement, nous avons observé les règles classiques de la thérapeutique des syphilis infantiles, frappant vite et fort et ayant surtout recours aux traitements par injections sous-cutanées. Le médicament le plus employé est le sulfarsénol, et lorsque nous ne pouvons y avoir recours par suite de la gravité des lésions spécifiques, craignant des accidents d'aggravation, nous nous servons des sels de bismuth. Nos doses sont celles habituellement employées, de 1 ctgr. 1/2 par kilo de poids d'enfant pour le sulfarsénol, en tâtant toujours par de faibles doses au début la susceptibilité de l'enfant au médicament. Pour le bismuth-métal, notre dose usuelle est de 1/2 ctgr. par kilo d'enfant et par semaine.

Nous n'avons jamais observé d'accidents.

Nous associons également le traitement opothérapique au traitement spécifique.

Mais il n'est pas toujours possible aux mères de conduire leurs nourrissons à la consultation : éloignement de leur domicile à l'hôpital, soins à donner à d'autres enfants, entretien du ménage et prépara-

tion du repas de famille, stationnement à la consultation, d'où grande perte de temps, — parfois frais assez élevés de transport pour se rendre à la consultation.

Tous ces facteurs empêchent souvent la mère de faire donner des soins à son dernier né. Dans ces cas, plutôt que de voir l'enfant rester sans soins, nous conseillons les frictions mercurielles ou la solution au lactate de mercure. Le traitement sera-t-il alors suivi ? Bien souvent, nous avons constaté que le traitement était mal ou très irrégulièrement appliqué.

L'assiduité paraît avoir été plus grande à la consultation des femmes syphilitiques que nous allons d'ailleurs maintenant étudier.

LA SYPHILIS A LA CONSULTATION PRE-NATALE DE LA MATERNITE

La consultation des femmes enceintes nous a fourni les documents les plus nombreux pour notre travail, ils sont aussi les plus instructifs parce qu'ils permettent d'étudier non seulement le mouvement de la maladie dans le service, mais bien l'histoire clinique de nombreuses femmes syphilitiques, histoire suivie pour beaucoup d'entre elles pendant plusieurs années avec ses incidents divers, avec en particulier et surtout, les résultats du traitement spécifique.

Nous avons dépouillé les fiches de 5.500 femmes différentes venues consulter une ou plusieurs fois, du 1^{er} avril 1926 au 31 décembre 1933, soit durant une période de près de huit années. Sur ces 5.500 fiches, nous en avons retenu 667 appartenant à des femmes manifestement syphilitiques, nous avons dressé un tableau général nous permettant de noter :

La race ;

Les antécédents personnels et familiaux ;

Les signes cliniques présentés au moment de divers examens ;

Le résultat de l'analyse sérologique ;

Le traitement institué ;

L'évolution ultérieure des grossesses, traitées ou non.

L'étude de ce tableau nous a permis de ranger nos résultats sous deux chefs : la première partie sera en quelque sorte de statistique pure afférente au taux de fréquence de la syphilis, à la variation de ce taux suivant la race, à la courbe du nombre de consultations. La deuxième partie aura une portée plus essentiellement médicale et pratique qui sera relative aux déductions résultant de notre travail dans les trois domaines : clinique, sérologique et thérapeutique.

CONSIDÉRATIONS D'ORDRE STATISTIQUE

UNE FEMME SYPHILITIQUE SUR HUIT CONSULTANTES

Sur 5.500 consultantes, nous trouvons 667 femmes syphilitiques ; la proportion est ainsi de 12,12 pour 100, autrement dit nous avons en moyenne une femme syphilitique sur 8 consultantes.

Que penser de ce chiffre ? Avant même d'y répondre, il convient de remarquer que, d'une statistique sur la syphilis des femmes enceintes, on ne saurait nullement tirer des déductions quant à la fréquence générale de la syphilis dans une population. Notre étude, en effet, ne porte en quelque sorte que sur une sélection d'individus, sélection définie par des caractères spéciaux de sexe, d'âge, d'époque de la vie (période d'activité génitale), enfin de circonstances physiologiques déterminées (état de gestation) ; en un mot, on ne peut passer du domaine de la syphilis dans l'obstétrique au domaine général de cette maladie. Il n'y a donc pas

lieu de s'étonner que le taux rapporté plus haut soit de beaucoup inférieur au taux moyen de la spécificité.

LA SYPHILIS DEUX FOIS PLUS FREQUENTE
CHEZ LA FEMME INDIGENE
QUE CHEZ LA FEMME EUROPEENNE

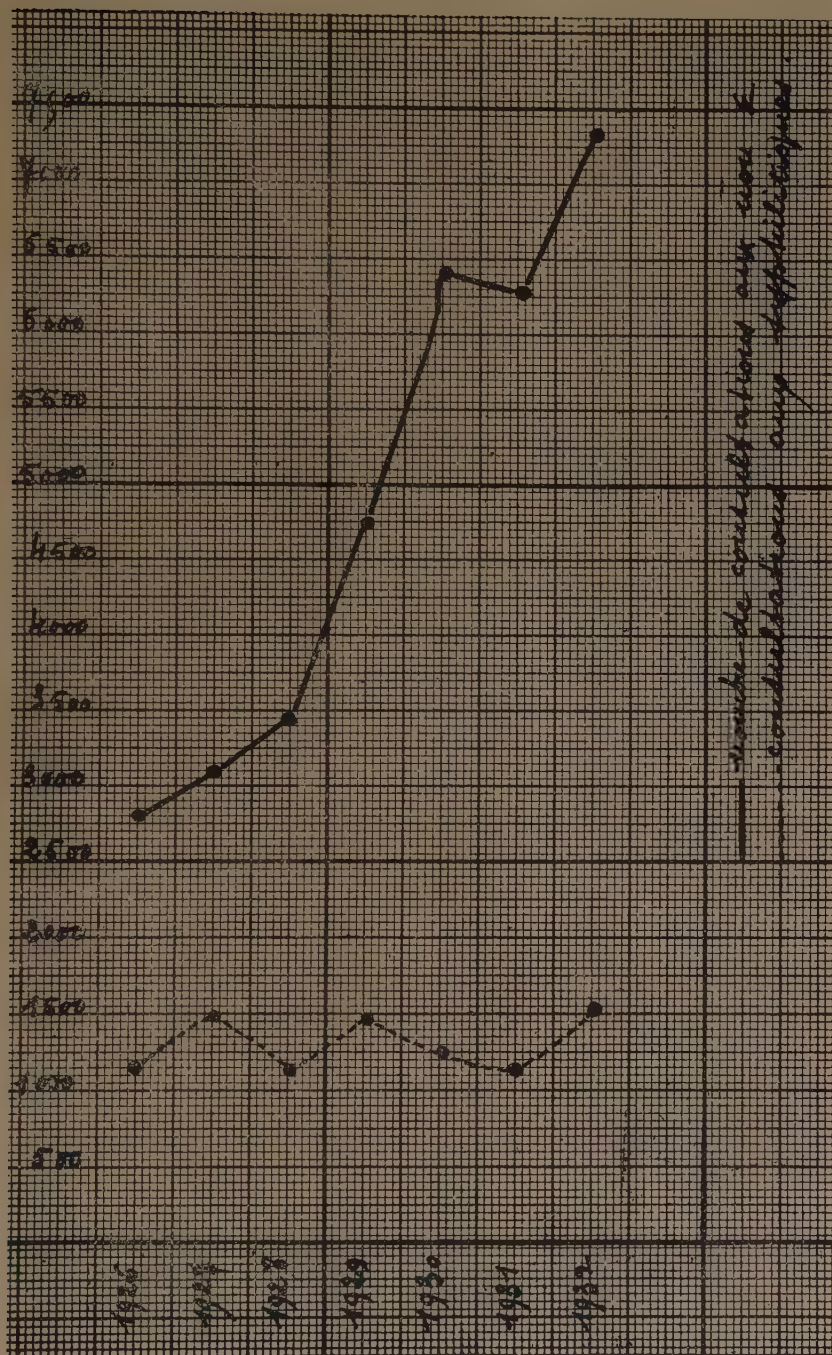
Il est intéressant de considérer les relations qui unissent cette fréquence à l'*élément race*.

Les 667 femmes envisagées se décomptent en 530 Européennes (nous comprenons dans ce nombre les israélites) et 137 indigènes. Comme d'autre part les 5.500 fiches étudiées se rapportent à 4.815 Européennes et 695 Arabes, il résulte du calcul que sur 100 consultantes indigènes, il s'en rencontre à peu près 20 qui sont syphilitiques, alors que sur 100 consultantes européennes nous n'en trouvons qu'à peu près 10, soit environ 2 syphilitiques indigènes pour 1 Européenne.

Nous retrouvons donc chez les femmes enceintes, comme nous l'avions déjà constaté pour les nourrissons, une fréquence plus grande de la syphilis chez l'indigène. Dans les deux consultations la proportion est du simple au double.

Les cas de syphilis chez les consultantes sont de

moins en moins nombreux.



GRAPHIQUE IX

Le nombre des consultations ne cesse de croître, comme en témoignent les chiffres suivants :

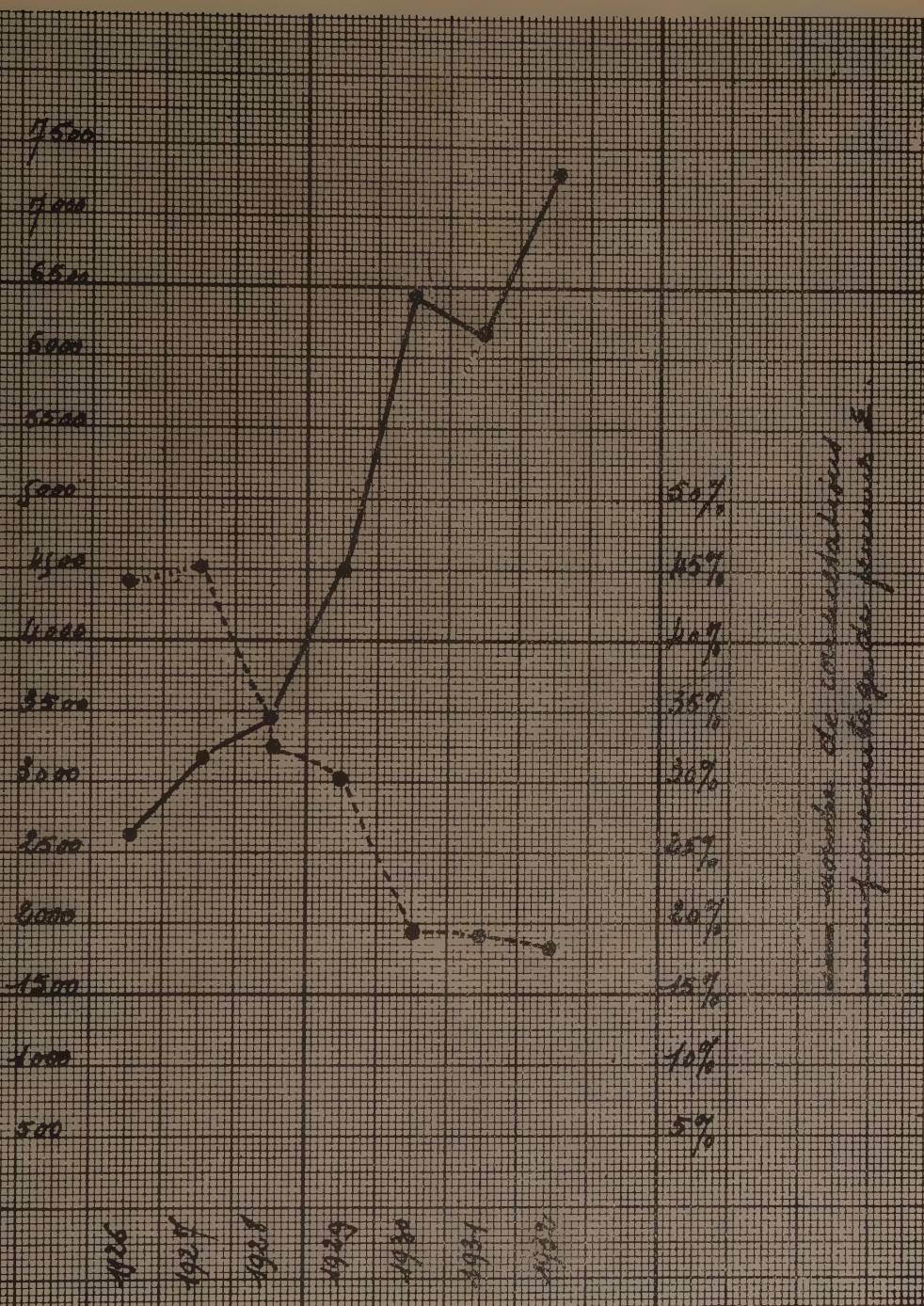
En 1926.....	2.640 consultations
En 1927.....	3.200 —
En 1928.....	3.440 —
En 1929.....	4.740 —
En 1930.....	6.400 —
En 1931.....	6.280 —
En 1932.....	7.300 —

Or, malgré cette augmentation incessante de la clientèle consultante, le nombre des consultations aux syphilitiques reste à peu près le même. On trouve, en effet, les chiffres ci-dessous :

	Consultations aux syphilitiques
En 1926	1.175
En 1927	1.450
En 1928	1.150
En 1929	1.450
En 1930	1.250
En 1931	1.175
En 1932	1.500

Le graphique met bien en évidence l'allure différente du mouvement des syphilitiques, stationnaire, et du mouvement des consultations aux non syphilitiques, à augmentation rapide.

On peut objectiver davantage encore le phénomène en représentant graphiquement la proportion



GRAPHIQUE X

des consultations pour syphilis, relativement au total des consultations.

On obtient ici la même courbe en ciseaux que celle figurant le mouvement de la syphilis chez les hospitalisées.

La conclusion s'impose. *A la consultation prénatale comme à la consultation des nourrissons et comme dans le service intérieur (hospitalisées), la syphilis se fait de plus en plus rare.*

Elle est cependant loin d'avoir disparu et la diminution de sa fréquence ne doit avoir d'autres résultats que celui d'un encouragement à mieux combattre encore la maladie. Il est nécessaire dans ce but de savoir comment elle se présente en clinique. C'est ce que nous nous proposons d'envisager dans le chapitre suivant.

CONSIDÉRATIONS D'ORDRE CLINIQUE

Les 667 malades peuvent se répartir au point de vue clinique en trois lots.

Un premier lot de 83 femmes chez lesquelles, cliniquement, la syphilis ne fait aucun doute (cicatrices de lésions spécifiques, lésions en activité, etc.).

Un second lot de 556 femmes chez lesquelles, cliniquement, la syphilis apparaît comme très vraisemblable, mais dont la preuve absolue ne pourra être faite que par l'analyse sérologique ou les résultats acquis par le traitement d'épreuve (en particulier pour 42 d'entre elles à B. W. négatif).

Un troisième lot, enfin, de 28 femmes, cliniquement indemnes de syphilis, en apparence parfaitement saines, et chez lesquelles seule la pratique systématique de la réaction de B. W. a permis de déceler l'affection.

Des chiffres qui précèdent deux notions capitales se dégagent. La première est que la certitude absolue de la syphilis chez une consultante peut souvent n'être établie de façon formelle qu'à l'une

des trois étapes successives de l'examen clinique, de l'analyse sérologique ou du traitement.

En effet, une *minorité seulement* (1/8 dans notre travail) *de syphilitiques arrivent à la consultation avec des signes certains, antérieurs ou actuels*. Chez les autres, pour faire la preuve de la maladie il faut faire appel, non seulement comme il est classique, à la sérologie, mais encore au traitement, seule pierre de touche, pouvant, dans de nombreux cas, révéler par ses résultats ces syphilis latentes qui ne se traduisent par aucun signe clinique ou sérologique, et capables cependant de donner tout de même, un jour, des macérés ou des morts-nés.

En d'autres termes, toute femme enceinte présentant des signes de présomption de syphilis doit être tenue pour réellement syphilitique et subir le traitement d'épreuve, même si son B. W. est négatif. Nous ne faisons d'ailleurs que rappeler une règle classique de syphiligraphie, mais nous insistons tout particulièrement ici en raison des conséquences redoutables que peut avoir la maladie chez une femme appelée à être mère et à cause de l'efficacité à peu près constante du traitement.

Une deuxième notion importante est l'existence d'une assez forte proportion de *consultantes*, d'*apparence saine*, sans antécédent ni signes spécifiques d'aucune sorte (pas même de présomption) ne s'étant *révélées syphilitiques que par l'analyse du sang*. La fréquence de ces cas est d'ailleurs plus élevée que ne pourrait le donner à croire notre statistique (28 cas pour 667 consultantes) car nos laboratoires n'ont pratiqué systématiquement la

réaction de B. W. que chez une série déterminée de consultantes ; le calcul a permis d'établir que la proportion de ces syphilis uniquement « sérologiques » était de l'ordre de 10 %. Était-il donc bien utile de déceler une syphilis si peu virulente (puisque les grossesses antérieures ont été normales et les enfants pour la plupart bien portants). Il existe bien, en effet, d'authentiques syphilis ne se manifestant par aucune action ni sur la marche de la grossesse, ni sur les enfants, qui naissent apparemment sains, mais il convient de se souvenir du caractère *d'alternance* de la syphilis. « La syphilis, écrit MARFAN, surtout lorsqu'elle n'a pas été méthodiquement traitée, se compose de périodes d'activité et de périodes de repos, celles-ci pouvant être très longues et celles-là très tardives. » On peut imaginer en quelque sorte deux types d'alternance, l'un à grandes ondes, faisant sauter une génération entière à la maladie, l'autre à ondes courtes, évoluant à l'intérieur même du cycle d'une vie. Cette alternance peut expliquer, dans une certaine mesure, la bénignité de la maladie pendant des périodes parfois fort longues, mais elle n'autorise nullement à négliger le traitement d'une affection qui peut se montrer terriblement redoutable dans les mois ou les années qui suivent et qui reste toujours menaçante pour la descendance. En résumé, il se trouve d'authentiques syphilis que la sérologie seule met en évidence. Il semble donc qu'il y ait intérêt à pratiquer systématiquement l'analyse du sang chez toute femme enceinte en apparence saine lorsqu'elle vient consulter pour la première fois, sur-

tout s'il s'agit d'une primigeste, chez laquelle, par conséquent, le « réactif » grossesse n'a pu encore révéler la spécificité.

Malheureusement, nos laboratoires manquent de personnel, de matériel et de crédit et ne peuvent de ce fait pratiquer que peu d'analyses de sang (5 à 8 examens environ pour 100 malades).

Mais quelle est au juste la valeur de la réaction de B. W. en matière d'obstétrique ? C'est ce que nous allons envisager dans le paragraphe suivant.

CONSIDÉRATIONS D'ORDRE SEROLOGIQUE

LE B.W. EN OBSTETRIQUE

LES FAITS. — Dans les deux paragraphes qui précèdent, il nous a été donné de constater d'une part, la faillite partielle de la sérologie dans un certain nombre de cas (femmes à B. W. négatif et cependant authentiquement syphilitiques, puisqu'on obtient chez elles par le traitement anti-luétique le même résultat positif que chez les femmes à signes cliniques certains, avec B. W. positif), d'autre part les services que peut rendre par contre la sérologie pour mettre en évidence la syphilis dans une série d'autres cas où la maladie est restée latente. Ceci nous amène à nous permettre une digression sur un point encore beaucoup discuté, à savoir la valeur de la réaction de B. W. chez les femmes enceintes et les nouveaux-nés hérédosyphilitiques.

Il est une opinion classique, c'est que la réaction de B. W. se montrerait plus rarement positive chez la *femme syphilitique* lorsqu'elle est enceinte qu'en dehors de la grossesse.

a) BAR et DAUNAY affirment que chez les femmes

enceintes manifestement syphilitiques la proportion des B. W. positifs n'est que de 50 % environ, alors qu'elle serait de 80 % en dehors de la grossesse.

b) RUDAUX et MONTLAUR nous donnent à peu près la même proportion : sur 1.000 femmes que l'examen clinique ou l'enquête familiale ont permis de considérer comme manifestement syphilitiques ils trouvent seulement 473 réactions positives, soit un pourcentage de 47,3 %.

c) BRINDEAU (Académie de Médecine, 20 mars 1923) étudie la réaction de B. W. chez 500 accouchées prises en bloc et obtient 5,04 % de réactions positives. Il observe, d'autre part 10 B. W. positifs sur 16 avortements, 10 B. W. positifs sur 17 morts ou macérés ce qui donne un pourcentage de 62 à 63 %. Il conclut que la réaction de B. W. semble donner pendant la gestation des résultats moins bons qu'en dehors de l'état de grossesse.

NOBECOURT (Académie de Médecine, 27 mars 1923) apporte avec MM. BONNET, TIXIER et NADAL des chiffres comparables : 4,38 % des réactions sont positives chez les accouchées après quelques jours ou quelques mois, 4 % le sont chez les bébés. Ces chiffres ne lui ont pas paru satisfaisants.

Très rares également sont les cas où *le nouveau-né ou le nourrisson syphilitiques* présentent un B. W. positif.

a) BAR et DAUNAY, d'ASTROS et TEYSSONNIÈRE, JOLTRAIN ont démontré que très souvent, chez les nouveaux-nés authentiquement syphilitiques, la réaction de B. W. est négative.

b) MARFAN a même trouvé des réactions négatives « chez les nouveaux-nés porteurs de manifestations aussi sûrement spécifiques que le pemphigus de la paume des mains et de la plante des pieds », lésions où fourmillent les tréponèmes pâles.

c) C'est encore QUEYRAT (Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1930, N° 3), qui, analysant le sérum de 260 enfants trouve une séro-réaction négative dans plus de 80 % des cas (80 % pour 50 d'entre eux, 86 % pour les 210 autres).

MARFAN fait remarquer d'autre part que, chez les enfants, une réaction négative change très rarement de sens sous l'action des médicaments anti-syphilitiques, si bien qu'on ne peut demander pratiquement aucune aide aux procédés classiques de la réactivation de MILIAN.

LES HYPOTHÈSES. — Tels sont les faits. L'hypothèse seule, comme toujours capricieuse et multiple, a voulu jusqu'à maintenant les expliquer. Nous nous garderons bien d'intervenir dans le débat, mais il nous a paru utile cependant d'émettre *deux hypothèses*.

a) *Pour la femme enceinte*, il est intéressant de rapprocher l'une de l'autre deux séries de recherches d'ordre différent.

Dans l'hérédo-syphilis tardive (RUDAUX et MONT-LAUR, « Dépistage de la syphilis en pratique obstétricale et prophylaxie de la syphilis héréditaire », page 91), l'analyse sérologique se montrerait posi-

tive seulement dans 15 à 20 % des cas. Or, d'autres auteurs (PAUCOT et NUYTTEN, *Journal de Médecine de Paris*, 22 novembre 1928, LEVY-SOLAL), étudiant la descendance de femmes hérédo-syphilitiques non traitées estiment que le déchet est notablement supérieur à celui que donne la syphilis de première génération.

Il y a là, peut-être, à notre sens, une explication de la fréquence moindre des réactions positives de la femme syphilitique enceinte, les femmes syphilitiques qui présentent des accidents (de nature à déceler l'infection tréponémique) étant surtout des femmes hérédo-syphilitiques, donc à réactions de B.W. estompées ou négatives.

Tous les auteurs d'ailleurs n'admettent pas cette façon de voir. Pour beaucoup, la réaction de B.W. garde pendant la grossesse une aussi grande valeur qu'en dehors de la gestation.

HAROLD, BOAZ, GAMMELTOFT et KAREN SICK (*Archiv. für Gynakologie*, Berlin) ont examiné le sérum de 2.200 femmes pendant la gestation, les suites de couches et la puerpéralité. Ils obtiennent 6.70 % de W positifs. Ils concluent que le W. a la même valeur chez la femme pendant la gestation qu'en dehors d'elle.

M. GARIPUY (Société de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie de Toulouse, 5 juillet 1926) arrive aux mêmes conclusions. Il a examiné 700 femmes avec 23 % de W. positifs.

En réalité, il semble qu'intervienne surtout une question d'espèce. Dans une catégorie bien déter-

minée d'accidents, la valeur de la réaction de B.W. est modifiée par l'état de gestation. Dans les autres elle garde sa valeur. Ceci ressort, en particulier, des travaux de notre Maître, Monsieur le Professeur LAFFONT, qui s'est livré depuis 1926 avec ses collaborateurs MALMEJAC, MELE, BARTOLI à toute une série de recherches sur la question et qui arrive aux conclusions suivantes :

I. — La valeur de la réaction de B.W. est abaissée chez les femmes dans les antécédents desquelles on relève l'expulsion de fœtus morts ou macérés (35 % au lieu de 56 % de réactions positives). Ce phénomène nous semble lié à un état d'anergie syphilitique.

La réaction de B. W. est souvent positive dans le sang des cordons des enfants ultérieurs de ces femmes, alors qu'elle reste négative chez la mère.

II. — La séro-réaction est plus souvent positive dans le sang de la mère que dans le sang du cordon. Le phénomène inverse se rencontre chez les femmes ayant eu plusieurs expulsions de fœtus morts ou macérés.

III. — Un certain nombre d'avortements spontanés ne sont pas sous la dépendance de la syphilis. Le refus de certaines femmes d'avouer que les avortements qu'elles ont présentés ont été provoqués est une cause d'erreur d'interprétation. On peut dire que chez les femmes ayant de tels antécédents, le pourcentage des réactions positives ne doit pas être sensiblement inférieur à la normale.

IV. — En dehors de ces cas particuliers, la réaction de B. W. conserve chez la femme enceinte la valeur qu'on lui reconnaît en dehors de la gestation. Elle permet le dépistage de la syphilis chez 10. % environ de femmes apparemment indemnes.

V. — Le procédé de Hecht est suspect d'être entaché d'erreurs lorsqu'il n'est appuyé ni par le procédé de B.W. ni par les signes cliniques. (*Gynécologie et Obstétrique*, t. XVII, N° 4, avril 1928.)

b) En ce qui concerne l'*enfant syphilitique*, nous voudrions rappeler que « la sérô-réaction du bébé syphilitique, négative à la naissance ainsi que dans les premières semaines, devient assez souvent positive quelques mois plus tard ». (GOUGEROT, *Traitément de la syphilis en clientèle*, page 558). Ainsi donc, il semble que tout se passe comme si, du point de vue sérologique, la syphilis héréditaire se comportait, chez l'enfant, comme la syphilis primaire chez l'adulte : pour celle-ci comme pour celle-là, il y a peut-être une période humorale négative, constante et courte pour la syphilis primaire, inconstante et plus longue pour la syphilis héréditaire.

CONSIDÉRATIONS THERAPEUTIQUES

Pour étudier la valeur du traitement anti-spécifique, nous avons considéré, comme il est classique, la mortalité par syphilis, d'une part chez les femmes non traitées, d'autre part chez les femmes traitées.

Dans les deux cas, nous avons rangé dans le déchet :

- les avortements spontanés,
- les expulsions de fœtus morts et macérés,
- les expulsions prématurées de fœtus mort-nés ou morts dans les heures ou les jours qui ont suivi,
- les mort-nés à terme,
- les enfants morts de 0 à 1 an.

Nous, appellerons avec d'autres auteurs mortalité fœto-infantile, l'ensemble de ces accidents. Il est certain d'ailleurs que tout ce déchet n'est pas imputable exclusivement à la syphilis. Les femmes syphilitiques comme les autres, nous présentent dans leurs antécédents des fausses couches soi-disant spontanées qui sont en réalité provoquées. D'autre part, des facteurs étrangers à la syphilis peuvent intervenir, chez une femme syphilitique, dans l'expulsion prématurée du produit de conception ou dans la mortalité en bas âge. Mais comme nous

considérons le problème exactement sous le même angle chez les mêmes femmes, le seul élément nouveau étant le traitement, il est évident que les causes d'erreur sont égales de part et d'autre, et que nous avons ainsi en présence deux séries de faits comparables entre eux dont nous pouvons tirer des déductions logiques quant à l'efficacité du traitement anti-spécifique.

Nous envisagerons successivement :

- a) la mortalité foeto-infantile chez les femmes syphilitiques non traitées,
 - b) le traitement appliqué,
 - c) la mortalité foeto-infantile chez les femmes traitées.
-

MORTALITE FŒTO-INFANTILE CHEZ LES FEMMES NON TRAITEES

Si nous dénombrons chez les consultantes les grossesses qu'elles ont présentées avant de venir nous trouver et les résultats auxquels elles ont abouti, on trouve 2.289 grossesses pour les 667 femmes syphilitiques étudiées. A un an, seuls vivaient encore 788 enfants ; 1.501 existences avaient donc disparu soit pendant la grossesse, soit au moment de l'accouchement, soit enfin dans le courant de la première année. Le déchet est ainsi de 65,57 %, déchet dans lequel l'avortement entre pour plus de la moitié (36 %).

La mort du fœtus du sixième au neuvième mois de la grossesse se produit dans 14 % des cas.

L'enfant meurt dans le courant de la première année dans 16 % des cas.

En résumé, *chez les femmes syphilitiques non traitées, sur 3 grossesses, une seule donne un enfant encore vivant à un an.* Cette proportion de mortalité correspond assez bien d'ailleurs à celle donnée par d'autres auteurs.

COUVELAIRE	65 %
FOURNIER	60 —
ETIENNE.	62 —
RUDAUX et MONTLAUR	61 —

Qu'on nous permette d'insister encore en passant

— on ne le fera jamais assez — sur le taux effroyable de mortalité entraînée par le tréponème.

L'élément race, qui nous a paru important pour la morbidité, nous à semble beaucoup moins influencer la mortalité. En effet, 100 grossesses de femmes syphilitiques européennes donnent les résultats suivants :

- 38 avortements,
- 13 accouchements prématurés,
- 12 morts de 0 à 1 an,
- 37 enfants vivants à 1 an.

D'autre part, 100 grossesses de femmes syphilitiques indigènes se terminent de la façon suivante :

- 31 avortements,
- 16 accouchements prématurés,
- 24 morts dans le courant de la première année,
- 29 enfants vivants à un an.

De la comparaison de ces chiffres, on peut tirer 3 déductions :

1° D'une façon générale, la mortalité par avortement est très élevée, elle représente plus de la moitié du déchet. Une fois de plus, nous trouvons la confirmation de l'aphorisme : « La syphilis est la grande avorteuse. »

2° la mortalité de 0 à 1 an est de beaucoup plus élevée chez les indigènes que chez les Européens.

La syphilis chez les indigènes tue le double d'enfants dans le courant de la première année (24 au lieu de 12 chez les Européens). Mais ici nous devons ouvrir une parenthèse pour rappeler que, d'une

façon générale, toute question de syphilis mise à part, la mortalité de 0 à 1 an chez les enfants indigènes normaux est elle-même en moyenne le double de la mortalité européenne au même âge du moins à Alger, (Thèse de R. MONTALDO : Mortalité infantile en Algérie, Polymortalité et Hérédo-Syphilis chez l'enfant indigène algérien).

3° Dans l'ensemble, les races européennes et indigènes à peu de chose près, sont également frappées dans le déchet syphilitique global (63 % de mortalité chez l'Européen, 71 % chez l'indigène).

TRAITEMENT APPLIQUÉ

LE MEDICAMENT

L'ARSENIC

Avantages. — Nous employons essentiellement l'arsenic. C'est encore le meilleur spirillicide actuel, mais surtout il présente dans le traitement de la gestation syphilitique, cas particulier qui nous intéresse ici, 3 avantages primordiaux :

a) *Rapidité de son action* (fait important quand il s'agit d'un événement comme la grossesse où l'échéance du terme limite le laps de temps disponible pour le traitement).

b) *Innocuité pour la marche de la gestation* (grande tolérance de la femme enceinte aux arsenicaux).

c) *Simplicité de son administration.* — L'arsenic ne nécessite pas de soins minutieux de propreté de la bouche et des dents comme le bismuth et le mercure, soins parfois difficiles à obtenir des indigènes.

nes. Cet avantage sera encore plus grand si l'administration des arséno-benzènes par voie buccale donne d'aussi bons résultats thérapeutiques que les injections intra-veineuses et cutanées.

Il semble que de tels espoirs puissent être fondés, si l'on s'en rapporte aux travaux poursuivis actuellement sur le Sanluol.

Forme. — Nous employons surtout :

le novarséno benzol.

l'acétylarsan.

le sulfarsénol (rarement).

De préférence, nous utilisons le 914 ou novarse no benzol.

Modes d'administration. — Le traitement comporte en général 3 à 4 séries de 8 injections hebdomadaires de 914 avec repos intercalaire de 2 à 3 semaines.

En pratique, la femme vient consulter dans le courant du deuxième mois de la grossesse. On dispose donc de sept mois, soit trente semaines environ pour le traitement. On adopte la technique de LEREDDE : doses faibles débutantes puis progressivement croissantes pour atteindre des doses fortes, plus ou moins rapidement suivant la tolérance.

Les doses sont les suivantes :

Première semaine.	0,15
Deuxième semaine	0,30
Troisième semaine	0,45
Quatrième semaine	0,60

Cinquième semaine	0,75
Sixième semaine	0,90
Septième semaine.	0,90
Huitième semaine.	0,90

soit une dose totale de 4 gr. 95 par série.

Neuvième et dixième semaine : repos (avec souvent bismuth ou mercure).

Onzième à dix-huitième semaine : deuxième série.

Dix-neuvième et vingtième semaines : repos.

Vingt-et-unième à vingt-huitième semaines : troisième série.

Vingt-neuvième et trentième semaines : repos.

La cure pendant une grossesse comporte donc 24 injections représentant sensiblement 15 grammes d'arsenic.

Sur près de 10.000 injections, nous n'avons eu à enregistrer aucun accident grave, nous avons eu seulement 13 cas d'intolérance (érythèmes, vomissements, etc) sans suites notables.

LE BISMUTH

Concurremment à l'arsenic, nous avons utilisé aussi le bismuth, mais sur une beaucoup moins grande échelle, parce qu'il présente certains inconvénients. C'est ainsi qu'il paraît exercer une action néfaste sur le rein et surtout sur la grossesse. Il exposerait, dit-on, à la mort du fœtus (BEZANÇON, *Maladies Infectieuses*, p. 172), et on signale d'au-

tre part, que chez les femmes enceintes traitées par le bismuth les résultats sont moins bons. Leurs enfants à la naissance ont un poids inférieur au poids des enfants nés de mères traitées par l'arsenic (Thèse de VLADIMIR de BERGH, Paris 1932). Peut-être cette différence résulte-t-elle simplement de l'action trophique plus grande de l'arsenic. Nous n'avons rien remarqué de particulier, quant à nous, au cours des traitements bismuthés. Nous l'employons peu à cause des difficultés de la surveillance du traitement en milieu arabe.

Quoi qu'il en soit, nous avons surtout utilisé les bismuths insolubles et en particulier :

Le quinby,

Le Néo-trépol,

Le Masby,

par séries de 8 à 10 injections intra-musculaires bi-hebdomadaires avec repos intercalaire de vingt jours.

LE MERCURE ET L'IODURE DE POTASSIUM

Le mercure (surtout bi-iodure et cyanure plus rarement) et l'iodure de potassium ont été réservés aux traitements ambulatoires ou aux formes ne pouvant pour une raison quelconque recevoir de l'arsenic ou du bismuth. On les a utilisés souvent aussi dans les périodes intercalaires de la thérapeutique par ces derniers produits.

Importance de la précocité du traitement.

Quel que soit le médicament choisi, quelle que soit la voie employée, il convient de toute façon de commencer le traitement le plus tôt possible, en particulier avant le troisième mois de la grossesse. Tout se passe, en effet, comme si le tréponème n'infectait le fœtus qu'après le troisième mois de la grossesse. Certains auteurs (Vladimir de Bergh) pensent qu'après le cinquième mois de la grossesse, le résultat est très souvent négatif.

Sans aller jusqu'à adopter cette conclusion, nous devons tenir un fait pour certain, c'est que le nombre d'enfants nés vivants est d'autant plus élevé que la mère a été traitée plus tôt. A cet égard, les statistiques de MARCEL PINARD et de COUVELAIRE sont très suggestives.

Elles donnent d'ailleurs des chiffres approximativement analogues.

Voici celle de MARCEL PINARD :

Femmes traitées avant et pendant la gestation :

Enfants vivants : 93 %.

Femmes traitées pendant la gestation seulement :

2 à 3 séries : enfants vivants : 92 %.

1 à 2 séries : enfants vivants : 91 %.

moins d'une série : enfants vivants : 56 %.

Femmes non traitées :

Enfants vivants : 40 %.

COUVELAIRE, d'autre part, donne les résultats suivants :

Femmes traitées avant et pendant la gestation :

Enfants vivants : 95 %.

Femmes traitées pendant la gestation seulement :

Enfants vivants : 85 %.

Femmes non traitées :

Enfants vivants : 35 %.

Nous avons nous-mêmes vérifié maintes fois ce phénomène.

MORTALITE FŒTO-INFANTILE CHEZ LES FEMMES TRAITEES

Si nous dénombrons les grossesses chez les femmes traitées, nous trouvons que les 307 femmes que nous avons pu suivre ont eu 650 grossesses aboutissant à l'existence de 493 enfants vivants à 1 an. Le déchet est donc ici seulement de 24,10% — (il était, nous le rappelons, de 66 % chez les femmes non traitées). Sur 100 grossesses traitées, le traitement permet donc de récupérer à peu près 42 enfants. Ces chiffres sont assez éloquents par eux-mêmes pour se passer de commentaires: le traitement anti-spécifique de la femme enceinte donne des résultats excellents.

Nous citons ici, à titre documentaire, quelques observations prises au hasard parmi les fiches étudiées.

OBSERVATIONS

Femmes authentiquement syphilitiques. W. +, ayant présenté des accidents obstétricaux avant traitement, n'ayant jamais eu de grossesses normales, et obtenant après traitement des enfants vivants et bien portants.

OBSERVATION N° 4

Femme européenne, dont les 2 grossesses se sont terminées prématurément à 7 et 8 mois. Soumise à un traitement spécifique par la suite, une grossesse survient pendant ce traitement. La malade reçoit 4 séries de 914 et accouche normalement à terme, d'un enfant vivant et bien portant.

OBSERVATION N° 12

Femme européenne, dans les antécédents obstétricaux de laquelle on relève 2 prématurés morts et une fausse couche. Soumise à un traitement, une grossesse survient pendant ce traitement. La malade reçoit 4 séries de 914 et obtient un enfant normal. L'année suivante, nouvelle grossesse, le traitement est conseillé à nouveau, mais repris sans régularité et la femme ne reçoit que 4 injections de 914. Elle accouche d'un enfant mort. Nouvelle grossesse deux ans après. Le traitement repris est suivi régulièrement et la malade accouche à terme d'un enfant vivant et bien portant.

OBSERVATION N° 13

Femme européenne. A eu 2 fausses-couches. Un traitement est institué lors d'une troisième grossesse. Après 3 séries de 914, accouchement normal d'un enfant normal. Deux nouvelles grossesses survenues par la suite et au cours desquelles le traitement est poursuivi aboutissent de même à des accouchements normaux d'enfants vivants et bien portants.

OBSERVATION N° 26

Femme européenne. A eu 2 fausses couches de 3 et 4 mois. Un traitement par l'arsenic et le bismuth est entrepris dès le début d'une troisième grossesse. La femme accouche d'un enfant vivant.

OBSERVATION N° 30

Femme européenne.. A eu deux grossesses terminées l'une par une fausse-couche, l'autre par l'expulsion d'un prématuré de 7 mois. Mise au traitement dès le début d'une troisième grossesse, elle reçoit successivement du sulfarsénol, du bismuth, du 914, et elle accouche normalement à terme d'un enfant vivant et bien portant.

OBSERVATION N° 47

Femme européenne. A eu 2 grossesses, terminées l'une par une fausse-couche, l'autre par l'expulsion d'un enfant mort. W. et H. +. Un traitement par l'arsenic institué lors d'une troisième grossesse lui permet d'accoucher normalement à terme d'un enfant normal.

OBSERVATION N° 100

Femme européenne, ayant eu deux avortements et un enfant mort et macéré. Soumise à un traitement spécifique, une nouvelle grossesse survient pendant le traitement et évolue normalement.

OBSERVATION N° 165

Femme européenne, ayant fait des avortements multiples. A eu également un prématuré. Un traitement par l'arsenic et l'iodure est institué au début d'une nouvelle grossesse qui aboutit à un accouchement normal d'enfant normal.

OBSERVATION N° 296

Femme indigène, chez qui 4 grossesses se sont terminées par l'expulsion de 4 enfants morts. Mise au traitement spécifique au troisième mois d'une nouvelle grossesse, elle reçoit 22 piqûres de 914 et accouche normalement à terme d'un enfant vivant.

OBSERVATION N° 320

Femme européenne, a eu une fausse couche et un enfant mort-né. W. +. En 1928, enceinte de trois mois, elle fait une nouvelle fausse-couche avant qu'un traitement ait pu être institué. Quelques mois plus tard, nouvelle grossesse. Traitement: 22 injections de 914. La malade accouche normalement d'un enfant vivant. L'année suivante, nouvelle grossesse. Le traitement continué par le 914 permet une fois encore un accouchement normal à terme.

OBSERVATION N° 335

Femme européenne, dans les antécédents de laquelle on relève 4 fausses-couches et 2 prématurés de 7 et 8 mois.

Au début d'une nouvelle grossesse est mise au traitement spécifique et reçoit 22 injections de 914. La femme accouche normalement à terme d'un enfant vivant et bien portant.

OBSERVATION N° 336

Femme européenne, chez qui la première grossesse se termine à 6 mois par l'expulsion d'un enfant prématuré qui meurt après quelques jours. W. +++. L'année suivante, elle est mise au traitement au cours d'une nouvelle grossesse, accouche à terme d'un enfant vivant mais qui meurt dans les premiers jours qui suivent. Le traitement est poursuivi pendant une troisième grossesse et après avoir reçu 38 injections d'arsenic, la malade accouche enfin d'un enfant vivant et bien portant.

OBSERVATION N° 454

Femme européenne, dans les antécédents de laquelle on relève 4 grossesses, dont l'une s'est terminée par l'expulsion d'un hydrocéphale et une autre par un accouchement prématuré. Après un traitement comportant 8 injections de 914, elle accouche normalement d'un enfant vivant et bien portant.

OBSERVATION N° 556

Femme européenne, n'a eu qu'une grossesse interrompue au cinquième mois. W. ++. Un traitement de 14 piqûres de 914 permet à une deuxième grossesse d'aller jusqu'au terme.

OBSERVATION N° 616

Femme européenne, n'ayant eu qu'un enfant né mort et

macéré. Reçoit 8 injections de 914 et accouche normalement d'un enfant vivant et bien portant.

OBSERVATION N° 666

Femme européenne, a fait 2 fausses couches dont une gémellaire. Soumise à un traitement de 13 piqûres de 914 au cours d'une troisième grossesse, conduit cette grossesse jusqu'au terme. Une quatrième grossesse évolue de la même façon grâce au traitement.

OBSERVATION N° 797

Femme indigène, a eu 4 enfants morts-nés. W. +. Après un traitement ayant comporté 42 injections d'arsenic, la malade conduit au terme une cinquième grossesse et accouche d'un enfant normal et bien portant.

OBSERVATION N° 820

Femme européenne, dont les 3 grossesses se sont terminées au sixième mois par des avortements, W. +. Soumise à un traitement arsenical au cours d'une quatrième grossesse, cette malade après 6 injections de 914 est perdue de vue au neuvième mois de cette grossesse qui évolue normalement.

OBSERVATION N° 844

Femme indigène, dans les antécédents de laquelle on relève 3 avortements. Le W. est trouvé +. Un traitement par l'arsenic est institué au deuxième mois d'une nouvelle grossesse. Après avoir reçu 16 injections de 914, la malade accouche normalement, à terme, d'un enfant normal.

OBSERVATION N° 846

Femme indigène, qui, mise au traitement spécifique après 4 avortements, conduit à terme deux nouvelles grossesses.

OBSERVATION N° 992

Femme européenne. Une première grossesse s'est terminée par l'expulsion, au septième mois, d'un fœtus mort et macéré. W. +. Mise au traitement par le 914, la femme réussit à mener à terme une troisième grossesse, et accouche normalement d'un enfant normal.

OBSERVATION N° 1.179

Femme européenne A eu 3 grossesses terminées par des avortements. En 1927 et 1929, traitée pendant deux nouvelles grossesses survenues à ces dates, accouche normalement d'enfants vivants. En 1930, enceinte de nouveau, la malade interrompt son traitement après la sixième piqûre. Peu de temps après, expulsion d'un fœtus mort et macéré. L'année suivante, un traitement régulier est repris au cours d'une septième grossesse qui évolue normalement jusqu'au terme, enfant vivant et bien portant.

OBSERVATION N° 1.295

Femme européenne. A eu 2 grossesses terminées par des avortements. W. +. Mise au traitement spécifique, elle conduit à terme une troisième grossesse. En janvier 1928, elle revient enceinte pour la quatrième fois. Le traitement est repris et après 15 injections d'arsenic (914), la femme est perdue de vue au huitième mois de sa grossesse qui évolue normalement.

OBSERVATION N° 1372

Femme européenne dont toutes les grossesses (4) se sont terminées par des avortements. Une série de 8 injections d'arsenic permet à une cinquième grossesse d'évoluer normalement jusqu'au terme.

OBSERVATION N° 1.381

Femme européenne. A eu 2 enfants prématurés (6 et 8 mois). Traitée régulièrement, conduit à terme une troisième grossesse. Accouche normalement. Le traitement est poursuivi pendant une quatrième grossesse au terme de laquelle la femme entre à l'hôpital pour accoucher normalement d'un enfant vivant et bien portant.

OBSERVATION N° 2.381

Femme européenne. A fait 2 fausses-couches. Le W. est +. Elle reçoit au cours d'une troisième grossesse, 11 injections d'arsenic. La grossesse est normale au septième mois. La femme n'a pas été revue par la suite.

OBSERVATION N° 2.829

Femme indigène de 18 ans. Une précédente grossesse s'est terminée par l'expulsion d'un fœtus mort et macéré. La réaction de W. est +. Mise au traitement au début d'une deuxième grossesse, reçoit 16 injections d'arsenic (914) et accouche normalement à terme d'un enfant vivant.

OBSERVATION N° 3.059

Femme indigène, chez qui deux grossesses se sont terminées au quatrième mois par des fausses-couches. A l'occasion d'une troisième grossesse, reçoit 10 injections de 914. La grossesse se poursuit normalement jusqu'au terme.

*
**

Nous rapportons ci-dessous 10 échecs que nous tenons à analyser.

OBSERVATION N° 245

Femme de 30 ans, ayant eu en 1926 un enfant mort et macéré. En 1927, enfant mort au bout d'un jour. En 1928, fausse-couche de 2 mois. B. W. négatif. Mise au traitement (7 séries de 914), accouche en 1929 d'un enfant qui meurt à un jour et avorte d'une grossesse d'un mois en 1930.

OBSERVATION N° 475

Femme de 27 ans qui a eu 2 avortements spontanés avec B. W. ++. On institue le traitement (2 séries de 914). La grossesse consécutive se termine par un avortement spontané de 2 mois. La malade n'est plus revue depuis 1929.

OBSERVATION N° 509

Femme de 32 ans ayant eu 5 accouchements prématurés lors d'un premier mariage et une grossesse gémellaire de 2 enfants morts et macérés ainsi qu'un avortement spontané lors du second mariage. La réaction de Hecht est positive, elle reçoit 2 séries de 914 et avorte à 3 mois. Plus revue depuis 1929.

OBSERVATION N° 676

Une jeune indigène de 18 ans a présenté un accouchement prématuré avec enfant décédé à 7 jours de convulsions et une fausse-couche de 5 mois. Soumise au traite-

ment en 1928 (5 séries de Novar), elle avorte spontanément en 1931 à 2 mois Le B. W. est négatif.

OBSERVATION N° 1.116

Femme de 30 ans a fait 2 avortements et a eu un enfant décédé à 2 mois. Soumise au traitement en 1927 : Quinby et Novar, elle met au monde un mort-né en 1928. Plus revue depuis.

OBSERVATION N° 2009

Une indigène de 30 ans a eu 5 enfants mort-nés. Traitée en 1931 (4 séries de Novar), elle fait un avortement de 3 mois.

OBSERVATION N° 2.180

Une Européenne de 23 ans qui a vu sa première grossesse terminée par la naissance d'un enfant mort et macéré et qui a eu deux fausses-couches spontanées. La réaction de Hecht est positive. Traitée en 1929 (2 séries de 914) elle avorte à 2 mois. En 1934, grossesse. Au début, la réaction de B. W. est positive. Elle est actuellement en traitement.

OBSERVATION N° 2.966

A la suite de 5 fausses-couches spontanées, a eu 2 enfants qui décèdent en bas-âge. En 1931, le traitement est institué à 2 mois de grossesse. Elle avorte au cinquième mois. En 1932, deux séries de novarséno-benzol n'empêchent pas la femme d'avorter au deuxième mois.

OBSERVATION N° 4.691

Lors d'un premier mariage, 2 enfants vivants et bien portants. Lors d'un deuxième mariage, deux avortements spontanés; en 1933 elle vient nous consulter au début d'une grossesse. Elle est traitée immédiatement et à la fin de la deuxième série, on la revoit pour rétention d'œuf mort.

OBSERVATION N° 4.969 *bis*

Jeune femme de 19 ans qui a accouché à terme successivement de deux enfants malformés, atteint de dysplasie périostale (maladie de Durand) qui sont décédés après l'accouchement. Traitée dès le début de sa troisième grossesse (5 séries de 914), elle accouche à terme dans le service d'un enfant également atteint de dysplasie périostale. La réaction de B. W. est négative.

A la lumière des faits que nous venons d'exposer on peut préciser les points faibles que présente encore actuellement la lutte anti-syphilitique et esquisser les grandes lignes des projets pouvant parfaire son organisation.

Ces projets sont de deux ordres : social d'une part, administratif d'autre part.

Dans le Domaine social. — Plus que jamais, il est nécessaire d'intensifier la propagande pour attirer dans nos services le plus grand nombre de malades. Cette propagande doit viser toujours trois buts essentiels :

1° Détruire le préjugé de la « syphilis, maladie honteuse »,

2° Attirer l'attention sur les dangers redoutables de la syphilis abandonnée à elle-même.

3° Montrer l'efficacité du traitement. Dire et répéter que l'on guérit la syphilis.

Dans le Domaine administratif. — Les Pouvoirs Publics doivent prendre garde au véritable non-sens créé par la diminution des budgets ou de la fourniture des produits spirillicides.

Il n'y a pas très longtemps, une circulaire nous était adressée émanant du Ministère de la Santé Publique refusant aux hôpitaux la fourniture de médicaments spirillicides, tels que : le muthanol,

le bi-iodure de mercure, le benzoate de mercure et l'acétylarsan.

Il est absolument inadmissible que l'on nous refuse la délivrance de produits d'usage aussi courant sous prétexte d'économie.

Economiser en matière de lutte anti-syphilitique équivaut à gaspiller des milliers d'existences. En traitant convenablement les syphilitiques, on diminuera d'autant la clientèle des asiles, des hospices et des hôpitaux, déchet qui coûte finalement à l'Etat beaucoup plus cher que les traitements guérissant ces malades.

Aussi concluerons-nous avec GOUGEROT que « vaincre les maladies vénériennes est affaire de volonté, que, si nous voulions, la syphilis acquise disparaîtrait en une dizaine d'années et que la syphilis héréditaire s'éteindrait en une génération ».

CONCLUSIONS

LES FAITS

I. — *La fréquence de la syphilis est à peu près deux fois plus grande chez la femme et le nourrisson indigènes que chez la femme et le nourrisson européens.*

Les chiffres sont les suivants : chez les femmes, sur 100 consultantes indigènes, 20 environ sont syphilitiques ; sur 100 européennes, on n'en trouve que 10.

Chez les nourrissons 40,72 % des indigènes sont syphilitiques, alors que chez les Européens nous n'en trouvons que 21,7 %.

II. — *La mortalité par syphilis par contre, (nous entendons mortalité fœto infantile, c'est-à-dire mort avant la naissance ou dans le courant de la première année), est sensiblement égale dans les deux races européenne et indigène : 63 % chez les Européens, 69 % chez les Indigènes.*

III. — Dans le service intérieur (hospitalisées) comme dans le service extérieur (consultantes et nourrissons), *les cas de syphilis sont de moins en moins nombreux.* Ce résultat semble tenir à deux faits : d'une part, à la multiplication, ces dernières

années, des centres de traitement anti-syphilitique, d'autre part et surtout à l'efficacité de la thérapeutique.

IV. — *L'efficacité du traitement est extrêmement nette dans la gestation syphilitique* : 100 grossesses de femmes syphilitiques non traitées ne donnent que 34 enfants vivants à un an, alors que 100 grossesses chez des femmes syphilitiques traitées, aboutissent à la naissance de 76 enfants encore vivants à un an. Le traitement permet donc de récupérer 42 existences sur 100 grossesses.

V. — Les indigènes viennent de plus en plus nombreux à la consultation. Le nombre d'enfants examinés en 1933 est 7 fois et demi plus élevé qu'en 1926.

VI. — La pratique systématique de la réaction de B. W. permet de déceler pour chaque lot de 100 consultantes prises au hasard, 10 cas de syphilis latente.

LES HYPOTHESES

I. — La réaction de B. W. est peut-être assez rarement positive chez la femme enceinte syphilitique, parce que la femme syphilitique qui fait le plus d'accidents (morts et macérés, avortements, etc.) est le plus souvent une hérédo-syphilitique et l'on sait combien peu d'hérédo-syphilitiques présentent une réaction sérologique positive.

II. — La réaction de B.W. est souvent négative chez le fœtus hérédo-syphilitique pour devenir positive ensuite. Tout se passe donc comme s'il existait dans la syphilis héréditaire de l'enfant une période humorale négative analogue à celle qui suit l'accident syphilitique primaire.

LES VŒUX

Il est à souhaiter que :

I. — On écarte définitivement des mesures administratives toute idée de restriction budgétaire dans la lutte anti-syphilitique.

II. — On multiplie au contraire les crédits affectés à cette œuvre sociale pour permettre :

a) la gratuité la plus large possible des soins et des médicaments nécessaires,

b) l'augmentation du personnel et l'achat de matériel de laboratoire permettant la pratique systématique de la réaction de B. W.

c) la création de nouveaux centres de traitement anti-syphilitiques, permettant de traiter davantage encore de malades (en diminuant pour ces derniers la distance à parcourir et les frais de transport entraînés par le déplacement).

BIBLIOGRAPHIE

- BEZANÇON. — Mal. infectieuses, page 172.
- BLANCHIN. — Du fonctionnement de la Clinique obstétricale de la Faculté d'Alger durant l'année 1926. — Thèse Alger, 1928.
- CAZANOVE. — *Rev. médecine et hygiène tropicales*, N° 2, 1930.
- DEBRE, JOANNON et M.-T. CREMIEU-ALCAN. — La mortalité infantile et la morti-natalité.
- DETRE. — Thèse Paris, 1912.
- GILLOT et MACHUEL. — Rapport sur « La syphilis infantile en Algérie » (Congrès de la Fédération des Sociétés des Sciences médicales de l'Afrique du Nord, Tunis, mars 1934.)
- GOUGEROT. — Traitement de la syphilis en clientèle.
- LACROIX et COLONIEU. — Rapport sur « La lutte anti-syphilitique en Algérie ». (Congrès de la Fédération des Sociétés des Sciences médicales de l'Afrique du Nord, Tunis, mars 1934.)
- LAFFONT et MELE. — Gynécologie et obstétrique, t. XVII, avril 1928, p. 257.
- MARFAN. — Clinique des maladies de la première enfance, 2^e série.
- MONTALDO. — Mortalité infantile en Algérie, Polymortalité et hérédo-syphilis chez l'indigène algérien. — Thèse Alger, 1932.
- MONTPELLIER et LEFRANC. — La syphilis et la dénatalité en Algérie. — *Algérie médicale*, janvier 1932.
- PAUCOT et NUYTEN. — *J. de Médecine de Paris*, 22 novembre 1928.

PEHU. — La Clinique, Nov. 1930.

PINARD. — Diagnostic et traitement de la syphilis pendant la gestation. — Clinique et laboratoire. — Janvier 1931.

QUEYRAT. — Syphilis héréditaire infantile et séro-réaction. *Bulletin de la Société française de dermatologie et de sérologie*, N° 3, 1930.

RIBEMONT-DESSAIGNES.

RUDAUX et MONTLAUR. — Dépistage de la syphilis en pratique obstétricale et prophylaxie de la syphilis héréditaire, 1931.

SECRET. — Thèse 1928, Paris.

VLADIMIR DE BERGH. — Thèse 1933, Paris.



TABLE DES MATIERES

	PAGES
Introduction	11
Organisation de la lutte anti-syphilitique à la Maternité d'Alger	21
La syphilis dans le service intérieur (hospitalisées)	24
La syphilis à la consultation des nourrissons	30
La syphilis à la consultation prénatale de la Maternité	43
Considérations d'ordre statistique	45
Considérations d'ordre clinique	51
Considérations d'ordre sérologique	55
Considérations thérapeutiques.	61
Mortalité fœto-infantile chez les femmes non traitées	63
Traitement appliqué	67
Mortalité fœto-infantile chez les femmes traitées	73
Observations.	75
Conclusions	87
Bibliographie.	91

Vu :

Le Président de Thèse,

A. LAFFONT.

Vu :

Le Doyen,

LEBLANC.

Vu et Permis d'Imprimer,

Alger, le 19 Juin 1934.

Le Recteur :

G. HARDY.



